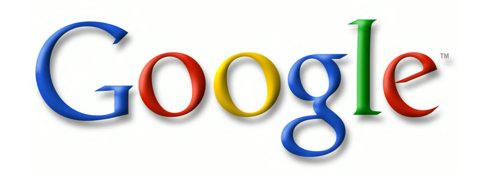
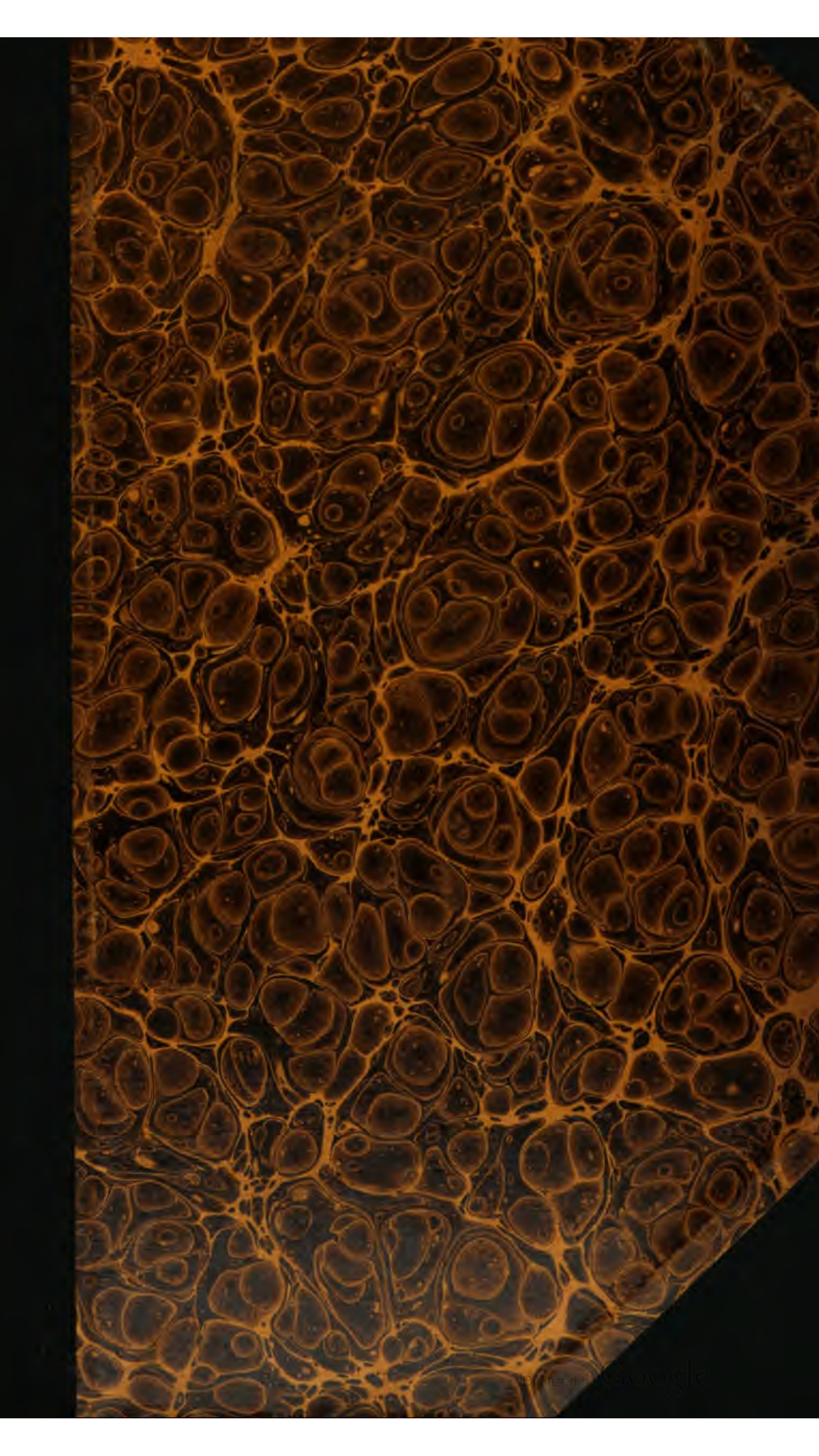
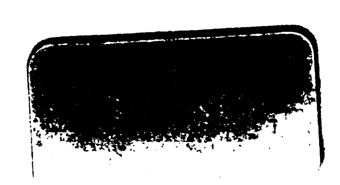






Der Kinder-Arzt

X. Jahrgang 1899.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter

Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

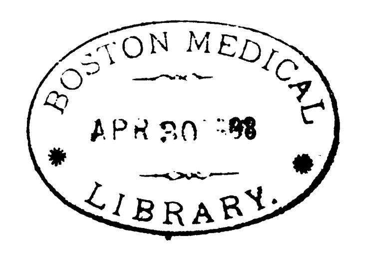
von

Dr. med. Sonnenberger,

Spezialarzt für Kinderkrankheiten in Worms.

X. Jahrgang 1899.

1899.


BOSTON MEDICAL
APR 30 1908
LIBRARY.

Register

zum Jahrgang X des „Kinder-Arzt".

Originalien.

Referate.

Gesundheitspflege.

Rezensionen.

Sachregister.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I. J.

K.

L.

M.

N.

T.

U.

V.

W.

Z.

Autoren-Register.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben
von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark, mit „Der Frauenarzt" zusammen bezogen statt 24 M. nur 20 M. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Katalog No. 3940) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

X. Jahrg. Januar 1899. Heft 1.

Abonnements-Einladung.

Mit der vorliegenden Nummer beginnt der 10. Jahrgang des „Kinder-Arzt" und laden wir zum Abonnement auf diese Zeitschrift ergebenst ein. Ein Decennium ist nun beinahe verflossen, seitdem wir das Ziel, das wir von Anfang vor Augen hatten, beharrlich verfolgen und immer weiter auszubauen versuchen: Alles, was von wissenschaftlichem und praktischem Werte in der Litteratur der Kinderheilkunde des In- und Auslandes zur Veröffentlichung gelangt, dem praktischen Arzte vor Augen zu führen. Die Entwickelung unserer Zeitschrift, die eine nach jeder Beziehung stetig voranschreitende ist, hat uns bewiesen, dass unser Organ ein Bedürfnis für die Aerztewelt war. Möge auch die Zukunft uns nach allen Richtungen hin gedeihlich und förderlich sein und mögen uns insbesondere tüchtige Mitarbeiter und treue Abonnenten ebenso zahlreich zur Seite stehen, als dies bisher geschehen!

Die Redaktion. **Der Verlag.**

Die Behandlung des Eczems.*)

Von Dr. E. Saalfeld in Berlin.

Die folgenden Zeilen sollen dem practischen Arzte in gedrängter Form einen Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Ekzemtherapie geben. Die Dermatotherapie hat im Laufe der letzten Jahre grosse Fortschritte gemacht, wobei wohl die grössten Umwälzungen in der Therapie des acuten Ekzems Platz gegriffen haben. Während es noch vor einigen Jahren ein unumstössliches Dogma war, jedes Ekzem vor der Berührung mit feuchten Mitteln zu bewahren, gewinnt die Behandlung mit feuchten Umschlägen immer mehr Anerkennung, — und ein weiterer Fortschritt liegt wieder darin, dass nicht nur wie früher kalte, sondern Umschläge von den verschiedensten Temperaturen zur Anwendung kommen. Es werden also dem Kranken kalte, lauwarme, warme oder heisse Umschläge empfohlen, wobei das subjective Empfinden des Patienten den Masstab für ihre Anwendung bietet. Von den Mitteln, welche hier in Betracht kommen, ist zu nennen das Acet. plumbi

Rp. Acet. plumbi 100,0
D. sub signo veneni.

S. 1 Esslöffel auf 1 Liter abgekochten Wassers zu Umschlägen zu nehmen.

Ferner:

Rp. Acid. borici crystallisati 30,0.

S. In 1 Liter kochenden Wassers aufzulösen,
(resp. Sol. acid. boric. 30,0 : 1000,0)

Will man beide Mittel combinieren, so empfiehlt es sich, vor der Anwendung beide Lösungen zu gleichen Teilen zu mischen.

Rp. Liqu. Alumin. acetic. 100,0.

S. In 1—2 Liter Wasser aufzulösen.

Weiter kann man $^1/_2$—1 $^0/_0$ Lösungen von Resorcin oder Zinc. sulfuric. oder 1 $^0/_{00}$ Thymollösungen verwenden. Neueren Datums ist die Behandlung des Eczema acutum mit Kamillen- und Pfefferminztheeumschlägen. Dieselben haben zunächst den grossen Vorzug, dass man sie ohne Besorgnis einer falschen Anwendung den Kranken in die Hand geben kdnn. Kommt es doch immer wieder vor, dass trotz sorgfältiger Signatur die Patienten die oben genannten Lösungen intern nehmen. Es empfiehlt sich daher diese (namentlich Acetum plumbi) sub signo veneni zu verordnen. Vertragen die Kranken kalte Umschläge nicht, so ist zu versuchen, ob warme oder heisse sich empfehlen. Jedenfalls wird in den allermeisten Fällen eine prompte Herabsetzung des lästigen Juckens und Brennens eintreten. Hat sich ergeben, dass die Patienten durch kalte Umschläge Linderung erhalten, so ist vor der im Publikum beliebten Bedeckung der Umschläge mit Gummipapier, wollenen Tüchern und dergleichen zu warnen. Behandelt man akute Ekzeme in dieser Weise, so gelingt es, eine Reihe von ihnen zur Heilung zu bringen;

*) Wir entnehmen den obigen Aufsatz dem soeben erschienen „Kalender für Frauen- und Kinderärzte per 1899“, da die in dem Artikel enthaltenen Darlegungen zum grössten Theile wichtige Angaben für die Kinderpraxis enthalten.
Anmerk. d. Red.

namentlich bei den Kranken, die Puder und Salben nicht vertragen, ist diese Methode sehr willkommen.

Ist unter dieser Behandlung ein nässendes Ekzem nicht zur Heilung gekommen, su werden Einpuderungen angewandt. Die hierbei indicierten Puder sollen möglichst indifferent sein wie Talcum, Reismehl, Kartoffelmehl, die dann unter sich wieder gemischt werden können. Ihnen schliessen sich noch das Zinkoxyd, rein oder mit Talcum ãã verordnet, ferner die Borsäure (subtilissime pulverisat.) als 10—20% Zusatz an. Ist starkes Jucken vorhanden, die Haut dabei aber nicht zu empfindlich, so kann man den genannten Mitteln 1—2% acid. carbolic. liquefact. oder Cocain, oder 1/2—1% Menthol zu setzen. Sollte Parfümierung gewünscht werden, so empfiehlt sich ein Zusatz von 10—15% Pulvis radicis Iridis Florentinae.

Ist die Exsudation sehr stark geworden und hat sich Borkenbildung eingestellt, so muss man hier einen der Hauptsätze der Dermatotherapie im Auge behalten, dass vor Anwendung irgend eines Mittels erst die Auflagerungen beseitigt werden müssen. Es sind also die Borken, die sich beim Eczema crustosum gebildet haben, zu entfernen. Zu diesem Zweck lässt man häufig zu wechselnde Oelumschläge applicieren, unter denen die Borken erweichen und dann mechanisch entfernt werden können. Eine schnellere Erweichung wird erreicht, wenn man die Borken ausserdem vermittelst eines in Oel getauchten Borstenpinsels zerkleinert. Ist das Nässen geringer geworden, so kann man Oel in dünner Schicht, darüber Talcum in dicker Schicht, sowie Salben, besonders solche von dickerer Consistenz (speciell Pasten), welche das Secret in sich aufnehmen, in Anwendung bringen.

Ihre hauptsächlichste Verwendung finden die letztgenannten Medicamente aber erst dann, wenn das Nässen geschwunden ist.

Auf unbehaarten Stellen wird Oel — je nach dem Grade der Hyperämie der Haut — in dünnerer oder dickerer Schicht vermittels eines Haarpinsels aufgetragen (Oel in ein Schälchen giessen, nicht mit dem Pinsel in die Flasche kommen!) und darüber gepudert. Statt dessen kann man das Ol. Zinci

Rp. Zinc. oxydat.
Ol. olivar. ãã 25,0
D. S. Aeusserlich (Ol. Zinci der Berliner Magistralformeln)

verwenden. Bei der Oeltherapie ist darauf zu achten, dass ebensowenig wie bei dem leichtzersetzlichen Adeps suillus nicht ranzige Präparate zur Verwendung kommen. Als indifferente Fette kommen noch zur Anwendung Adeps suillus, Vaselinum flavum und Lanolin, teils pur oder gewöhnlich mit Zusätzen nicht reizender Pulver wie Zinkoxyd, gepulverte Borsäure. Ferner gehören zu den häufigsten Salbengrundlagen Adeps benzoatus (Acid. benzoicum 1,0 + Adip. suill. 99,0), Ung. Zinci, Ung. Wilsonii (Zinc. oxydat. 5,0 + Adip. benzoati ad 50,0).

Die Pasten enthalten:

55% fester Bestandteile
nämlich: Zinci oxydati
Amyli ãã 20%

und 50% Fett

nämlich: Vaselin. flav. 50%
oder: Lanolin 40%
Ol. Olivarum 10%

Auch zu diesen Pasten kann man Zusätze anderer Mittel machen, und zwar bleibt bei Zusatz von flüssigen Mitteln hierbei der Bestand von Zinkoxyd und Amylum konstant, während der hinzugefügte Prozentsatz des Mittels vom Lanolin oder Vaselin abgezogen wird; hingegen wird bei Zusatz fester Mittel die Menge des Zink und Amylum vermindert, z. B.

Rp.	Ol. Cadini	10,0			
	Zinci oxydati				
	Amyli	āā 25,0			
	Vaselini flavi	40,0	oder	Lanolin	30,0
				Ol. Olivar.	10,0
Rp.	Acid. boric.	10,0			
	Zinci oxydat.				
	Amyli	āā 20,0			
	Vaselini flavi	50,0	oder	Lanolin	40,0
				Ol. Olivar.	10.0

Von den Salben hat, wie erwähnt, Adeps suillus den Nachteil, dass es leicht ranzig wird, besonders im Sommer und bei längerem Stehen, während Lanolin und Vaselin den Vorteil der Dauerhaftigkeit und Gleichmässigkeit besitzen. Zur Zusammenstellung von Pasten ist Adeps suillus nicht gebräuchlich. Der mehrfach erwähnte Oel-Zusatz zum Lanolin bei Mischung mit grösseren Pulvermengen ist zur Geschmeidigmachung des Fettes notwendig, während Vaselin an und für sich eine weichere Consistenz besitzt. Es sei hier gleich bemerkt, dass auf dem behaarten Kopf von Fetten in erster Reihe Oele oder dünne Salben zur Anwendung kommen und zwar solche, welche als Salbengrundlage Vaselinum flavum enthalten, dem ein beträchtlicher Prozentsatz von Oel hinzugefügt wird. Contraindiciert ist die Anwendung von reinem Lanolin, Pasten und Puder auf dem behaarten Kopf, weil hierdurch eine Verklebung der Haare zu Stande kommt.

Die genannten Salben kommen entweder allein, oder mit Zusatz indifferenter Mittel zur Verwendung im Beginn des Ekzema squamosum. Hat dieses Stadium einige Zeit gedauert und ist ein weiterer Fortschritt der Heilung nicht bemerkbar, so müssen wir energisch wirkende Mittel verwenden, um die aufgetretenen Infiltrate zur Resorption zu bringen.

Solche mehr oder weniger indifferenten Salbenzusätze sind:
Zinkoxyd (das in der oben genannten Zinkpaste enthalten ist)
Borsäure 10%.

Etwas differenter ist:
Salicylsäure 1—2%
Resorcin 1—3%
Hydrargyr. praecipitat. alb. 1—3%.

Den Uebergang zu den energischen Salbenzusätzen bildet das
Ung. praecipitat. alb. mit 10% weissem Praecipitat.
Chrysarobin

Pyrogallussäure
Menthol
Ung. praecipitat. rubrum.

Das älteste Mittel beim schuppenden Ekzem, das gleichzeitig den hierbei vorhandenen Juckreiz bekämpft, ist der Theer, und zwar kommt er zur Verwendung als:

Ol. Cadinum (Kadeöl aus einer Wacholderart)
Ol. Fagi (Buchenholztheer)
Ol. Rusci (Birkentheer)
Liqu. Carbonis detergens (1 T. Steinkohlentheer, 4 T. Tinct. Quillajae)

ein sehr milde wirkendes Präparat, das auch oft von Patienten, die gegen andere Theersorten sehr empfindlich sind, gut vertragen wird.

Im Gegensatz hierzu stellt das

Unguent. Wilkinsonii (Rp. Cret laevigat 5,0; Sulfur. sublimat. Ol. Rusci āā 7,5; Sapon. virid. Adip. suill. āā 15,0 m. f. ungt.)

ein sehr energisch wirkendes Mittel dar.

Man beginnt bei der Theerbehandlung mit schwächeren Zusammensetzungen, entweder mit Theeröl oder mit Theersalbe, und zwar hat sich bei letzterer als Salbengrundlage die Zinksalbe oder die Zinkpaste als zweckmässig erwiesen, z. B.

Rp.	Ol. Cadini	10,0
	Ol. Olivar.	
oder	Ol. Raparum	90,0
Rp.	Ol. Cadini	5,0
	Ung. Zinci	
oder	Past. Zinci	45,0

Man kann anch den Theer rein oder in einer öligen oder spirituösen Mischung (wie z. B. der Tinct. Rusci) in dünner Schicht vermittelst Borstenpinsels einreiben lassen und eine indifferente (hauptsächlich Zink-)Salbe oder Puder auftragen lassen.

Die Theer-Applikation erfolgt für gewöhnlich täglich zweimal, und zwar lässt man 3—4 Tage hintereinander, ohne zu waschen, eine Schicht über die andere auftragen. Nötigenfalls lässt man den Ueberschuss entweder trocken oder mit Oel abwischen. Nach 6—8 Schichten kann man mit lauwarmem Seifenwasser einmal abwaschen lassen. Falls der Theer von der kranken Haut in der angegebenen Form nicht vertragen wird, vielmehr eine Hautreizung auftritt, man aber auf seine Anwendung nicht verzichten will, so geht man zweckmässig zu Theerbädern über. Die erkrankten Partien werden mit einer Theermischung — anfangs mit einer schwachen Oelmischung, später einer stärker concentrierten spirituösen Mischung — eingerieben. Dann werden die Patienten in ein gewöhnliches Wasserbad gesetzt und verweilen hierin 10—30 Minuten, darauf wird der Theer mit Seife entfernt, die letzten Reste von Theer und Seife durch eine Brause (event. durch einen Irrigator oder Giesskanne zu ersetzen) heruntergespült. Nach dem Abtrocknen werden die befallenen Partien entweder mit Talcum bepudert, oder mit einer indifferenten Salbe verbunden.

Während bisher die Anwendung des Theers nur beim chronischen Ekzem besprochen wurde, sei hier noch erwähnt, dass man nicht selten

auch bei einem akuten, stark juckenden, papulösen oder vesikulösen Ekzem durch Theer, besonders in spirituöser Mischung, z. B.

Rp. Ol. Cadini
Spirit. āā 25,0

oder als reinen Liq. Carbonis detergens in kurzer Zeit überraschende Wirkungen erzielt. Allerdings müssen hièrbei die Patienten sehr sorgfältig in kurzen Zwischenräumen beobachtet werden, damit man bei etwaiger Theerreizung sofort eine Aenderung der Therapie eintreten lassen kann.

Bei jeder Theerbehandlung muss eine sorgsame regelmässige Urinuntersuchung vorgenommen werden, damit sofort bei etwaigem Theer-Urin oder bei einer Nierenreizung das Medicament ausgesetzt wird.

Die letztere Vorsicht kommt besonders in Frage bei einem andern, bei chronischen Ekzemen häufig angewandten Mittel, der

Pyrogallussäure

als 2—30prozentiger Salbe, die aber wegen der Schwarzfärbung im Gesicht nur in Ausnahmefällen benutzt werden kann.

Aehnlich liegen die Verhältnisse bei dem in derselben Konzentration zur Verwendung kommenden

Chrysarobin,

das ausserdem wegen seiner Eigenschaft, Conjunctivitis hervorzurufen, überhaupt kaum für das Gesicht Anwendung findet.

Gegen das quälende Brennen und Jucken hat sich die Anwendung des

Menthol

sehr gut bewährt. Man muss, um nicht unangenehmen Ueberraschungen ausgesetzt zu sein, mit schwacher Concentration ($^1/_2$—1$^0/_0$) beginnen und allmählich steigen — bei alten infiltrierten Ekzemen bis 5—10—15$^0/_0$. Bei seiner Verordnung ist darauf zu achten, dass die Lösung stets in einem Oele erfolge:

Rp. Menthol 1,5
Ol. olivar. 5,0
Adip. suill.
(oder besser Lanolin)
ad. 30,0
M. f. ungt.

Wird diese Vorschrift nicht berücksichtigt, so löst der Apotheker das Menthol in Spiritus. Es kann hierdurch eine sehr unangenehme Reizung hervorgerufen werden. Sind die Infiltrate sehr derb und durch die vorhergenannten Mittel nicht zu beseitigen, so kann man die betreffenden Stellen mit

2—3$^0/_0$ Kalilauge

einreiben. Dies geschieht mittelst eines Charpie- (nicht Borsten-)Pinsels oder Watte, bis seröse Transsudation oder leichte Blutung eintritt. Die Aetzungen mittelst Kalilauge müssen mit einer gewissen Vorsicht unternommen werden, um einer unerwünschten Tiefenwirkung mit Verletzung unterligender Teile und daraus event. resultierendem Keloid vorzubeugen. Das ziemlich starke Brennen wird durch häufig zu wechselnde Kaltwasserumschläge gemildert. Das chronische Ekzem ist dann in ein acutes um-

gewandelt und wird dementsprechend weiter behandelt. Zum Erweichen der Infiltrate dienen weiter die

Salicylsäurepflastermulle

5—20%. Sie werden bis zur eintretenden Maceration — also etwa 1—2×24 Stunden — aufgelegt.

Auf gleicher Stufe mit dieser rein lokalen und äuserlichen Behandlung steht eine kausale mit Berücksichtigung der hygienischen Verhältnisse. So wird genaueste Nachforschung nach der Aetiologie des vorhandenen Ekzems stattfinden müssen. Oftmals wird ein Ekzem am Kinn und Mund bei Erwachsenen hervorgerufen durch Gebrauch von Mundwässern, die einen Zusatz von ätherischen Oelen enthalten. Andererseits muss beim Gesichtsekzem der Kinder an event. vorhandene Pediculi capitis gedacht werden. Gegen dieselben werden Einreibungen der behaarten Kopfhaut mit Sabadillessig (je nach dem Alter entweder mit Aqua āā oder Acet. Sabadill. 75,0 + Aqua 25,0 oder rein) angewandt. Auch das Petroleum leistet gute Dienste, nur müssen die Patienten oder deren Eltern aufmerksam gemacht werden, dass wegen der Feuergefährlichkeit die Einreibungen am besten am Tage vorzunehmen sind. Bei Ekzemen der Nase und des Ohres ist stets Untersuchung und event. Behandlung dieser Organe vorzunehmen. Eine weitere Ursache der Gesichtsekzeme ist die Einwirkung zu grosser Hitze (Lampe, Sonne, Ofen, Kochherd) oder zu grosser Kälte (kaltes, hartes Wasser). Diesen Schädigungen müssen die Patienten natürlich entzogen werden. Lassen sie sich nicht ganz vermeiden, so ist das Gesicht zu pudern. Gegebenenfalls ist das Tragen eines Schleiers (im Sommer weiss, im Winter dunkel), oder eines breitrandigen Hutes zu empfehlen. Kranke mit empfindlicher Gesichtshaut müssen abgekochtes lauwarmes Waschwasser benutzen, dem sie gut gereinigtes Glycerin (auf eine mittlere Waschschüssel 1—2 Esslöffel) zusetzen. Statt der Seife ist Mandelkleie zu nehmen oder, da die Patienten oft nur ungern auf den Gebrauch der Seife verzichten, eine möglichst milde, am besten die gewöhnliche Waschseife, wie sie zum Händewaschen dient, oder die ihr gleichwertige „Marseiller Seife". Oft ist auch das Tragen von wollenen Sachen auf blossem Körper schädlich. Dieselben sind dann durch leinene zu ersetzen. Die Aetiologie der Ekzeme der Aftergegend, des Dammes und Scrotum beruht oft auf dem Vorhandensein von Verdauungsstörungen, Darmparasiten (bes. Intertrigo der Kinder), Hämorrhoiden, Varicocele, Pediculi pubis. Bei Frauen ist der Genitalapparat eingehend zu untersuchen.

Ferner ist die ganze Reihe der Berufsekzeme zu berücksichtigen. Bei diesen (Cementkrätze, Bäckerkrätze, Eczema lotricum u. s. w.) ist vor allem darauf zu dringen, dass die Patienten für einige Zeit ihre schädliche Thätigkeit aufgeben.

Die allgemeine Therapie des Ekzems hat dann die Kräftigung des ganzen Körpers und Beseitigung vorhandener Constitutionsanomalien anzustreben. Dazu ist eine genaue Untersuchung des ganzen Körpers, sowie des Urins vorzunehmen. Namentlich ist die letztere von grosser Wichtigkeit und in jedem Falle erforderlich; auch der Urin kleiner Kinder muss womöglich untersucht werden, da ab und zu das Ekzem der Kinder in Gemeinschaft einer Nephritis auftritt und mancher plötz-

liche Exitus in der nicht erkannten Nierenentzündung seine Ursache hat. Die Urinuntersuchung ist ferner notwendig, weil eine Reihe der in der Dermatotherapie üblichen Mittel leicht Nierenreizung herbeiführt und endlich, weil eine Reihe von Eczemen auf gleichzeitig vorhandenem Diabetes mellitus beruht und mit der Besserung desselben schwindet (Eczeme speciell der Genitalgegend). Von den Constitutionsanomalien disponiert die Chlorose zu ausserordentlich hartnäckigen Ekzemen der Hände, so dass in erster Reihe die Bleichsucht zu behandeln wäre. Es verschwinden ferner recht hartnäckige Ekzeme verschiedenster Körperstellen nach Behandlung von Störungen des Verdauungstractus, wobei Badekuren (Karlsbad, Marienbad, Kissingen u. s. w.) zum Ziele führen. Bei Kindern leistet oft Wechsel der Ernährung gute Dienste.

Es muss aber ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass das Eczem im frühesten Kindesalter nicht selten gerade gut genährte und vorzüglich sich entwickelnde Kinder befällt. Mar muss sich darüber klar sein, dass diese ausserordentlich hartnäckigen Kinderekzeme meist nach einer gewissen Zeit spontan schwinden. Zu vieles Experimentieren in der Therapie ist deshalb zu verwerfen. Ein hauptsächlicher Factor in der Behandlung dieser Säuglingsekzeme besteht in der Fernhaltung von Schädlichkeiten, zu denen nicht bloss irritierend wirkende äussere Mittel gehören. Besonders zu warnen ist bei einem sonst gut gedeihenden Kinde vor dem Nahrungswechsel speziell Entwöhnen von der Brust.

Mit Rücksicht auf die Wichtigkeit des Gegenstandes seien hier noch einige Massnahmen für die Behandlung des Ekzems im Kindesalter gegeben. Bei der empfindlichen Haut des Kindes muss vor jeder übertriebenen Reinlichkeit d. h. übermässiger Anwendung von Wasser und Seife (Baden) gewarnt werden. Auf den Kopf werden die oben erwähnten Mittel aufgetragen, darüber kommt ein Stück Leinewand und über dieses eine Kappe aus weissem Flanell, an deren unterem Teil einige Bändchen zur Fixierung dienen. Um die Salben auf dem Gesicht haften zu lassen wird eine Maske aus Leinwand aufgelegt, über welche eine zweite etwas grössere aus weissem Flanell kommt, die ebenso wie oben mittelst Bändern befestigt wird. Für umschriebene Ekzeme kann man entweder Pasten ohne Bedeckung oder zweckmässig Zinkoxyd- oder Borsäurepflastermull benutzen lassen kann. Beim Ekzema intertrigo ist abgesehen von der Allgemeinbehandlung die Berührung der erkrankten Hautflächen zu verhindern. Zu dem Zweck wird eine dünne Schicht Verbandwatte (nicht Salicylwatte) zwischen die entsprechenden Stellen gelegt. Um eine schnellere Ueberhäutung zu erzielen, empfiehlt es sich, etwaige Rhagaden, sowie die nässenden Partieen mit 2—3% Argentumlösung einmal täglich zu touchieren, ein Verfahren, das auch an anderen nässenden Körperstellen speziell hinter den Ohren mit Vorteil angewandt wird. Vertragen die Kinder die gebräuchlichen Fette und Puder nicht, so kann man auf dem Kopf auch die feuchte Behandlung mit Kamillentheeumschlägen versuchen, wobei zu bemerken ist, dass nicht jedesmal der Verband erneuert zu werden braucht, dass es vielmehr genügt, die leinene Compresse ab und zu anzufeuchten. Des weiteren kommt als Ersatz der sonst üblichen Fette in Betracht frische, nicht sauere Sahne. Ferner ist man bisweilen genötigt, auf das Vaccinium Myrtilli (Blau-

beeren) zu recurrieren. Man lässt dieselben zu dünner Syrupconsistenz einkochen und pinselt sie mit einem Borstenpinsel auf die erkrankten Stellen auf. Es sei hier noch darauf hingewiesen, dass im Allgemeinen beim Kinderekzem sehr energisch wirkende Mittel nicht in Anwendung gebracht werden sollen. So wird man vom Theer nur in Ausnahmefällen Gebrauch machen und wird ihn vielmehr durch schwache weisse Präcipitatsalben (1—5%) ersetzen.

Bei längere Zeit bestehenden Ekzemen wirkt ebenso wie bei vielen anderen Dermatosen der Arsenik. Man giebt ihn innerlich oder subkutan, und zwar innerlich zweckmässig nicht in Form der Solut. Fowleri, sondern als Acid. arsenicosum:

Rp. Sol. acid. arsenicosi 0,01 : 40,0.

S. Theelöffelweise zu nehmen. (1 Theelöffel zu 4 gr = 0,001 Acidi arsenicosi). [Bei Kindern eine Lösung von 0,005 : 40,0]. Man beginnt mit 1 Theelöffel resp. 4 gr und lässt, wenn es vertragen wird, allmählig steigen und dann wieder heruntergehen. Um die ungenaue Dosierung mit Theelöffeln zu vermeiden, empfiehlt sich zur Abmessung ein kleines Mensurglas.

Wird der Arsenik vom Magen aus nicht vertragen, so kann man zur subcutanen Anwendung folgender Lösung übergehen:

Rp. Natr. arsenicosi 0,1
Acidi carbolic. 0,2
Aq. destill. ad 10,0.

M. D. in vitro amplo. S. Aeusserlich, zur subcutanen Injection.

Man beginnt mit der Injection von 3—5 Teilstrichen und steigt allmählich bis auf 2—3 Spritzen. Es ist bei der Injectionsmethode die allerpeinlichste Antisepsis nötig, und man kocht zweckmassig vor jeder Injection das betreffende Quantum in einem Reagensgläschen auf. Trotzdem wird man zur subcutanen Anwendung nur in äussersten Fällen schreiten müssen, wenn das Mittel per os durchaus nicht vertragen wird.

Dass Arsen innerlich unter Vermeidung aller sauren Speisen, auch rohen Obstes und zwar stets nach dem Essen genommen werden muss, ist ebenso bekannt wie die Reihe der ersten Intoxicationssymptome, auf die man die Patienten aufmerksam machen muss, damit sie alsbald das Präparat aussetzen, resp. mit der Dosis schneller heruntergehen. (Magendrücken, Leibschmerz, Durchfall, Fremdkörpergefühl in den Augen, Trockenheit im Hals, Fettigkeitsgefühl auf der Zunge).

Referate.

Beitrag zur Lehre von den Erkrankungen des Central-Nervensystems bei acuten Infectionskrankheiten. Von Eug. Fraenkel. A. d. neuen allg. Krankenhause zu Hamburg. (Ztschrft. f. Hygiene u. Infections-Krankheiten XXVII. Bd. 3. Hft. 1898.)

Verf. betont die Lückenhaftigkeit unserer Kenntnisse über den anatomischen Character der, den oft sehr schweren Krankheitsbildern bei der Influenza zu Grunde liegenden Prozesse, und dass man aus dem Umstande, dass sich im Verlaufe oder Gefolge einer klinisch eindeutigen Influenza Hirnveränderungen entwickelt haben, nicht ohne

Weiteres die Berechtigung herleiten dürfe, in dem Hirnbefund eine auf das gleiche Krankheitsgift zurückzuführende Organläsion zu erblicken, dass vielmehr dazu der Nachweis der specifischen Krankheitserreger in dem erkrankt befundenen Gewebe gehöre. Verf. teilt nun die Sections- und Untersuchungsergebnisse zweier einschlägigen Fälle mit. Im ersten Falle handelt es sich um ein 10 Wochen altes Kind, welches die Erscheinungen einer Bronchitis und eines Darmkatarrhs geboten hatte; im anderen um ein $^{3}/_{4}$ Jahre altes Kind, bei welchem die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf „tuberculöse Meningitis“ gelautet hatte.

Es zeigte sich, dass in diesem ersteren Falle eine schwere Erkrankung der Hirnhäute durch den Influenzabacillus veranlasst worden war, ohne dass, wenigstens zur Zeit des Todes des Kindes, irgendwo sonst im Organismus auf diesen Krankheitserreger zurückzuführende Veränderungen bestanden hätten. Hierbei war besonders wegen der Seltenheit im Vergleich mit anderen Meningitiden beachtenswert, dass sich die Erkrankung in der Hauptsache auf die vordersten Abschnitte des Gehirns beschränkte und dass durch Zerreissung der weichen Hirnhaut das Exsudat in den Schädelraum ausgetreten war. Ausserdem war die Massenhaftigkeit des Exsudates auffällig. Dieser Befund lag auch in dem zweiten Falle vor, jedoch ohne dass es zu einer Zerreissung der deckenden Arachnoidea gekommen war. Verf. betont, dass diese makroskopischen Erscheinungen ebensowenig wie die histologisch-mikroskopischen Untersuchungen ausreichen, um eine Influenza-Meningitis, von der zu sprechen unzweifelhaft Berechtigung vorläge, von den durch den Diplococcus pneumoniae und den Diplococcus Jäger-Weichselbaum erzeugten Meningitiden zu unterscheiden, sondern dass dies allein durch die bacteriologische Untersuchung möglich sei. —

Des weiteren teilt Verf. einen Fall mit, der die Beziehung der fibrinösen Pneumonie zu Erkrankungen des Centralnervensystems klar zu legen geeignet ist. Es handelt sich um ein $1^{3}/_{4}$jähriges Kind, welches an einer, wie bei Lebzeiten durch Probepunktion festgestellt wurde, durch den Diplococcus lanceolatus hervorgerufenen Pleuropneumonie erkrankt und trotz Rippenresection ohne nachweisbare Ursache ad exitum gekommen war. Bei der Section zeigte das Gehirn die weichen Häute trübe, oedematös, im Bereich der Unterfläche der Kleinhirnhemisphären eitrig einfiltriert. Hirnsubstanz im Ganzen auffallend weich. Ueber die Convexität der rechten Hirnhälfte, die Rinde durchdringend, auf das Mark übergreifend haemorrhagische, über die Schnittfläche überquellende Herde mit vollkommen verwaschener Zeichnung. Die bacteriologische Untersuchung sowohl des Exsudates als auch der in der Hirnsubstanz vorhandenen haemorrhagisch-encephalitischen Herde zeigte, dass die Gehirnerkrankung aetiologisch mit dem ursprünglichen Leiden übereinstimmte. Durch diese Beobachtung werden die von Anfrecht ausgesprochenen Zweifel über das Vorkommen von Herdaffectionen des Hirns als postpneumonische Erkrankung beseitigt. Ausserdem zeigte die mikroskopische Untersuchung, dass nicht durch Vermittelung der Blutgefässe, sondern auf dem Wege der perivasculären Lymphbahnen die Ansiedelung und weitere Vermehrung der Mikroben im Hirn und an einzelnen Stellen der Häute desselben erfolgt.

Die Gesamtheit der vorstehend mitgeteilten Beobachtungen ist, wie Verf. mit Recht bemerkt, ein Beweis für die Empfänglichkeit gerade des kindlichen Hirns und Rückenmarks gegenüber gewissen Krankheitserregern. Köppen-Norden.

Ueber die interne Darreichung des Diphtherie-Heilserums. Von Natoli. (Gaz. degli osped.-Klinisch-therapeutische Wochenschrift No. 47. 1898.)

N. hat bei einem 13 Monat alten Kinde, welches die Erscheinungen des primären Kehlkopfcroups darbot, Diphtherie-Heilserum intern angewendet und zwar wurde von einem 1000 I. E. enthaltendem Fläschchen des Serums aus dem Mailänder Institute zunächst die Hälfte löffelweise dem Kinde gereicht, dann sechs Stunden später die andere Hälfte. Widerwillen gegen die Einnahme des Serums zeigte das Kind nicht. Die Wirkung der internen Serumdarreichung war eine augenfällige. Innerhalb 24 Stunden begann die Erweichung, Ablösung und Ausstossung der Croupmembranen, bis die Erscheinungen der Larynxstenose vollständig geschwunden waren. Es liegen bereits einige Mitteilungen über die erfolgreiche interne Anwendung des Diphtherieheilserums vor, wenn auch die Wirksamkeit dieses Verfahrens noch aus theoretischen Gründen in Abrede gestellt wird, indem betont wird, dass das Serumglobulin die intakte Schleimhaut des Digestionstractes nicht zu passieren vermag, und um resorbiert zu werden, zuerst verdaut werden muss, wobei es seine antitoxischen Fähigkeiten einbüsst.

Dr. Goldbaum-Wien.

Ueber Behandlung des Keuchhustens. Von Marfan. (Le Monde méd. deutsche Ausgabe No. 8 1898.)

Bei der Behandlung des Keuchhustens hat man zwei Indikationen zu beachten. Die erste besteht in der Bekämpfung der Zahl und der Vehemenz der Anfälle, eine zweite therapeutische Vorschrift in der Verhütung und Bekämpfung der secundären Bronchial-Infection.

I. Zur Verminderung der Intensität und der Zahl der Hustenanfälle wendet man Antispasmodica an, unter diesen sind die gebräuchlichsten: Belladonna Antipyrin und Bromoform.

a) M. wendet Belladonna nach folgender Formel an:

Rp. Syrup. bellad. 20.0
Syrup tolutan. 100.0
MDS. Als Anfangsdosis bei Kindern bis zu 2 Jahren 1—2 Kaffeelöffel pro die, bis zu 5 Jahren 3 Kaffeelöffel und nach 5 Jahren 5 Kaffeelöffel pro die.

Dieses sind nur Anfangsdosen, später verdoppelt man die Dosis, um zu einer bemerkenswerten Stillung zu gelangen und hört mit der Belladonna auf, wenn man Intoleranz durch Trockenheit des Mundes und des Schlundes charakterisiert, sowie Erweiterung der Pupille konstatiert.

b) Wunderbar gut wird das Antipyrin von den Kindern vertragen, welches leicht die Intensität und die Zahl der Anfälle vermindert, nach folgender Formel:

Rp. Antipyrini 3.0
Syr. Flor aurant 20.0
Aq. destill. 100.0

Ein Kaffeelöffel enthält 0,1, ein Theelöffel 0.2 und 1 Esslöffel 0,4 Antipyrin. M. verschreibt bei Kindern unter zwei Jahren 0.20 bis 1 gr, nach zwei Jahren als Initialdosis 1 gr und als Maximaldosis 3 gr. — Man fange immer mit der Minimaldosis an und schon nach 4—5 Tagen sieht man die Frequenz und die Stärke der Anfälle abnehmen. Auch kann man das Antipyrin in Form von Klystieren anwenden, jedoch muss man nur sehr wenig Wasser zur Lösung nehmen, wie z. B. 0,2 Antipyrin in 40 Gramm Wasser; der Erfolg ist ebenso, wie per os. Nur muss man täglich 2 Klystiere geben. Wird der Keuchhusten mit Broncho-Pneumonie compliciert, so darf man Antipyrin nicht geben, da in diesem Falle das Herz ermüdet wird.

c) Durch Bromoform erzielt man folgende Resultate: 1) Werden die Zahl und die Intensität der Anfälle verkürzt. 2) Werden die sekundären Infektionen verhütet und 3) wird die Krankheitszeit verkürzt.

M. verordnet Bromoform in Alkohol- oder Glycerinlösung nach folgender Formel:

Rp. Bromoform 48 qu.
Ol. Amygd. dulc. 15,0
adde Gum. arabic.
Syr. cort. aur. aa. 15,0
Aq. dest. q. s. ut f. 120,0.

Ist die Lösung ordentlich gemacht, so enthält 1 Kaffeelöffel 2 Tropfen Bromoform. Unter 6 Jahren gebe man so oftmal 4 Tropfen, als das Kind Jahre zählt. Hat das Kind 3 Jahre z. B., so giebt man 12 Tropfen. Unter 6 Monaten beginne man mit 1 Tropfen und von 6 Monaten bis 1 Jahr mit 1—2 Tropfen. Nach 6 Jahren beginne man mit 20 Tropfen. und verstärkt dann die Dosis um 2 Tropfen pro die. In den ersten 2—3 Tagen kann es vorkommen, dass die Zahl und Heftigkeit der Anfälle verstärkt erscheinen, allein schon am 3. oder 4. Tage beobachtet man schon eine Verminderung und Linderung, welche gradatim fortschreitet. Das Bromoform gelingt jedoch nicht immer, hie und da ist seine Anwendung vollständig resultatlos; man muss alsdann auf das Antipyrin zurückgreifen. In Fällen, wo Belladonna, Antipyrin und Bromoform ohne Erfolg angewendet wurden, hat man hie und da Glück mit einer Verbindung von Antipyrin und Belladonna nach folgender Formel:

Rp. Antipyr. 3,0
Syr. Belladonn. 20,0
Aq. destill. 100,0.

M. beginnt gewöhnlich seine Behandlung mit Bromoform; alsdann giebt er Antipyrin, darnach Belladonna und zum Schluss Antipyrin mit Belladonna verbunden. — Bis jetzt giebt Bromoform die besten Resultate; wenn Intoxikationserscheinungen wie z. B. Coma auftreten, so muss man das Mittel aussetzen. Das Antipyrin giebt sicherere Resultate als Belladonna, jedoch verwerfe man dieses nicht, da es oft dort gute Resultate giebt, wo Antipyrin ohne Erfolg angewendet wird.

II. Die zweite Indikation besteht in der Verhütung und in der Bekämpfung der sekundären Luftröhreninfektion, welche entweder durch Selbstinfektion oder durch Ansteckung entsteht.

Durch Antisepsis der vorderen Luftwege erreicht man oft schon günstige Resultate. Beim ersten Erscheinen von Infektionsspuren wende

man Unguentum Resorcini oder Mentholöl an; bemerkt man Ulcerationen an den Lippen oder Wangen, so nehme man Betupfungen mit einem ziemlich starken Topicum vor.

Zum Schlusse giebt M. noch einige hygienische Anleitungen für die am Keuchhusten Erkrankten an: Bekommt ein Kind einen Anfall, so darf man dasselbe sich nicht selbst überlassen, man muss ihm die Stirne mit der Hand stützen, dadurch verhindert man die Anfälle ganz bedeutend und erleichtert zugleich den Kranken. Bezüglich des Ausgehens des Patienten gestattet M. dasselbe nur dann, wenn neben dem Hause ein geschützter Garten ist, sonst gestattet er wegen der Infektionsgefahr das Ausgehen nicht. — Das Zimmer des Kranken muss zur Sonnenseite liegen und sehr oft ventiliert werden. Sehr vorteilhaft ist es, wenn man ein Zimmer während des Tages, ein anderes während der Nacht bewohnen kann; diese so einfache Einrichtung vermindert häufig die Zahl und die Heftigkeit der Anfälle. Ist der Kranke in der Abnahmeperiode angelangt, so verschwindet der hartnäckige Husten oft infolge einer Wohnungsveränderung.

Dr. Goldbaum-Wien.

Ueber Urethritis gonorrhoica bei Kindern männlichen Geschlechtes. (Mitgeteilt am XII. internationalen med. Congress in Moskau). Von Imerwol. (Arch. für Kinderheilk. 25. Band 1898.)

Nachdem schon früher vielfach als Erreger der Vulvovaginitis kleiner Mädchen der Neisser'sche Gonococcus festgestellt war, hat erst im letzten Jahrzehnt eine Reihe von Autoren darauf aufmerksam gemacht, dass sehr häufig auch bei Knaben die Urethritis gonorrhoischen Charakters ist. Bis dahin hatte man sie als rein katarrhalisch gedeutet, hervorgerufen entweder reflectorisch, z. B. bei Würmern, oder durch die verschiedenartigsten mechanischen oder chemischen Reizungen.

J. kommt auf Grund sorgfältiger Beobachtungen zu dem Schlusse, dass die grosse Mehrzahl der eitrigen Urethrititen den Gonococcus zur Ursache hat. Er giebt 10 Krankengeschichten von Patienten im Alter von $1^1/_2$—11 Jahren. In 9 Fällen wurde der Gonococcus gefunden, ein Fall blieb aus der Behandlung weg, bevor untersucht werden konnte. 2 Fälle waren chronisch, 8 akut. Von diesen litten 6 an Urethritis anterior, in 2 Fällen war die Erkrankung der ganzen Harnröhre mit Epididymitis compliciert. Meist lag Infektion von Person zu Person vor, in 2 Fällen durch Coitusversuche.

Symptome und Verlauf sind ziemlich dieselben wie beim Erwachsenen. Der Beginn äusserte sich bei circumcisierten Präputien durch Schmerzen beim Urinieren und Sekretion. Bei intaktem Präputium dagegen fand man anfangs eine Balanitis, erst nach Abklingen derselben trat die Urethritis in den Vordergrund. Ein häufiges Symptom während ihres Verlaufes war Enuresis nocturna. Zum Unterschied von der rein katarrhalischen Urethritis, die nach einigen adstringierenden Injectionen verschwindet und nicht chronisch wird, beanspruchte ihre Behandlung mindestens 3 Wochen.

Epididymitis trat in demselben Verhältnis wie bei Erwachsenen auf. In der Litteratur werden auch Fälle von Cystitis angeführt. Bei ungenügender Behandlung kann es zu Strikturen kommen.

Therapeutisch ist ähnlich wie beim Erwachsenen zu verfahren. Angezeigt ist Bettruhe. Falls diese nicht durchführbar, muss ein Suspensorium getragen werden. Scharf gewürzte Speisen und Alcoholica sind zu vermeiden. Die Balanitis wird mittels antiseptischer Umschläge und Ausspülungen des Präputialsackes behandelt. Gegen die Urethritis giebt man zu Anfang innerlich Balsamica, am besten Balsam. Copaïvae 2—3 mal tägl. 5—10 Tropfen). Erst nach Ablauf der Akme, etwa in der 2. Woche, beginnt man mit Injektionen und zwar in den ersten Tagen mittels Sublimat (0,01 : 70,0), später mit Kal. permangan, (0,1—0,3 : 300,0) 2 mal täglich. Die Injectionen sind oft schmerzhaft, dann ist vorher mit 1% Cocaïnlösung zu anästhesieren. Bei Hyperästhesie wurde mit Erfolg angewendet eine Lösung von Airol. 2, Glycerin 15, Aq. dest. 5, Cocaïn. mur. 0,2.

Ist auch die Urethra post. ergriffen, so muss mit grösserem Druck bis in die Blase hinein injiciert werden. Bei Epididymitis wurde mit Eis und Ung. cin. oder Ichthyolvaselin behandelt. Bei chronischer Urethritis wurden Bougies oder Einträuflungen mit Silbernitrat (1 : 50—1 : 20) nach Guinon angewendet. Friedmann-Beuthen O.-S.

Ueber Pericarditis im Kindesalter Von Baginsky. (Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 48 und 49.)

Verf. schliesst sich den Autoren an, weche die Pericarditis als eine sehr häufige Erkrankung des kindlichen Altlers betrachten und ihre Gefahren hoch anschlagen. Von seinen 64 Fällen kam die Mehrzahl bei Polyarthritis rheumatica (24) vor, auf gleichzeitige Pneumonie und Tuberkulose waren je 11 zurückzuführen; die übrigen verteilen sich auf verschiedene eitrige und septische Infektionen.

Die Pericarditis tritt bei Kindern in allen denjenigen Formen auf, welche auch bei Erwachsenen zur Beobachtung kommen, als seröse, serös-blutige, eitrige und fibrinöse Form, wobei allerdings gerade bei den jüngsten Altersstufen die eitrige Form in relativer Häufigkeit sich zeigt, und überdies die Neigung zu fibrinösen Niederschlägen mit frühzeitiger, teils circumscripter, teils ausgedehnter Verlötung der beiden Pericardialblätter sicherlich grösser ist, als bei Erwachsenen. Dies aber gerade macht wegen der damit einhergehenden pathologischen Veränderung des Myocard und der Erschwerung der Herzaktion den gesamten Prozess zu einem schwierigen und ernsten, umsomehr dann, wenn gleichzeitig, wie in der Mehrzahl der Fälle geschieht, endocarditische Prozesse zu Zerstörung der Klappen führen und in deren Gefolge Dilatation und Hypertrophie des Herzens sich dem pericarditischen Prozesse hinzugesellen.

Es ist eine beklagenswerte Erscheinung, dass wir, so schätzenswert die neuere Therapie der Polyarthritis mit den antiseptischen Präparaten, von der Salicylsäure angefangen bis zum Salophen, für Entfieberung der Kranken und die Schmerzstillung auch sein mag, dennoch der Thatsache gegenüberstehen, dass damit gegen die rheumatischen Herzaffectionen, insbesondere gegen die Pericarditis, wenigstens bei Kindern wenig auszurichten ist. Die rheumatischen Erkrankungen des Herzens sind heute noch wie früher mit zu den allerschwersten Affektionen im Kindesalter zu rechnen.

Palliativ werden wir den Kindern mit der Anwendung von Eis aufs Herz, Ichthyolsalben und innerlichem Gebrauch der Digitalis wie der

Tct. Strophanti zu Hilfe kommen können. Ganz besonders aber ist hervorzuheben, dass sich Verf. den schweren Erscheinungen der Herzinsufficienz mit vermindeter Diurese, Hydrops und Orthopnoe gegenüber die kombinierte Anwendung von grösseren Diuretingaben (4—5 gr pro die) mit Digitalis oder Strophantus ganz ausserordentlich bewährt hat, und dass er unter derselben selbst die schlimmsten und bedrohlichsten Erscheinungen bis zur vollkommensten Euphorie für einige Zeit hat zurückgehen sehen. Anderweitige palliative therapeutische Massnahmen werden je nach den Symptomen verschieden zu gestalten sein.

Klautsch, Halle a. S.

Die chronische seröse Peritonitis. Von N. Filatow. (Arch. für Kinderheilkunde Bd. XXV. Heft 1—2. 1898.)

Verf. erörtert drei Fragen: I. Existirt überhaupt eine chronische seröse Bauchfellentzündung als selbstständige Krankheit d. h. unabhängig von der Tuberkulose; II. kann sie, falls sie existirt, nach den Symptomen von der tuberkulösen Peritonitis unterschieden werden, und III. die Frage über ihre Therapie.

Auf Grund der bisherigen Literatur wird die erste Frage bejaht, ebenfalls die zweite und zwar werden als differential-diagnostische Momente hervorgehoben: Die tuberkulöse Peritonitis kommt gewöhnlich bei hereditär belasteten oder anderweitige Zeichen von Tuberkulose bietenden Kindern vor, während dies bei der eintachen chr. P. nicht der Fall ist. Oft ist bei der letzteren Anlage zum Durchfall festzustellen; einigemal ist eine Erkältung oder eine acute Infectionskrankheit vorangegangen. Das Allgemeinbefinden leidet bei der einfachen P. nicht so stark wie bei der tuberkulösen, der Verfall ist lange nicht so bedeutend. Für die tuberkulöse Peritonitis ist eine bedeutende Spannung der Bauchwand und die dadurch bedingte ovale Form des Leibes sehr characteristisch; einzelne Stellen des Leibes erweisen sich bei Druck schmerzhaft, hier und da lassen sich Verhärtungen durchfühlen. Ausserdem findet sich Fluctuation, welche oft wegen der Verwachsungen (Absackungen) sich beim Lagewechsel nicht ändert. Das einzige Symptom der einfachen chr. s. Peritonitis ist ein starker Ascites bei nicht gespanntem, nicht schmerzhaften, kugelförmigen Leibe ohne Verhärtungen und Verwachsungen, weswegen der gedämpfte Schall sich bei Lagewechsel ändert. Der Verlauf der tuberkulösen P. ist der, dass sie nach 6—12 Monaten sich selbst überlassen unter Entkräftung zum Tode führt, während die einfache P. nach 2—3 Monaten stationär bleibt und dann fast immer ausheilt.

Therapeutisch genügen in der Regel diätetisch-hygienische Massnahmen. Bei grösserer Ansammlung von Flüssigkeit sah Hensch gute Erfolge von der Punktion, bei Wiederansammlung vom Bauchschnitt. Dass letzterer nicht immer zum Ziele führt, beweist der vom Verf. mitgetheilte Fall.

Köppen-Norden.

Verätzung der Mastdarmschleimhaut. Von Bittner. (Nach einem Referate in der »Heilkunde«, No. 8, 1898).

Im Vereine deutscher Aerzte in Prag stellt B. ein Kind vor, das mit einem grossen Tumor in abdomine ins Krankenhaus gebracht wurde. Die Untersuchung zeigte eine hochgradige Stenose am Sphincter ani,

die Kotmassen gingen in Form von dünnen Fäden ab. Da aber die Mutter des Kindes eine Operation nicht zugeben wollte, wurden dem Kinde Laxantien gegeben, wonach sehr reichliche flüssige Stuhlentleerungen erfolgten und der Tumor im Abdomen allmählich vollkommen verschwand, so dass derselbe nur auf eine enorme Kotstauung zurückgeführt werden musste. Das Kind verliess das Krankenhaus, kam aber nach einigen Wochen mit denselben Erscheinungen wieder. Da jetzt die Mutter die Operation gestattete, trennte man zunächst mit dem Thermokauter den Sphincter ani und fand, dass derselbe, sowie der unterste Abschnitt des rectums hochgradig narbig strikturiert waren. Ueber der Striktur war der Darm enorm ausgedehnt. Da keine Anhaltspunkte in der Anamnese für Lues oder Tuberkulose vorhanden waren, die Art der Strikturierung übrigens nicht diesen Krankheiten entsprach, musste man an eine Verätzung durch chemische Agentien denken. Die in dieser Richtung mit der Mutter aufgenommene Anamnese ergab nun, dass das Kind an Stuhlverstopfung gelitten hatte und die Mutter dielelbe lange Zeit mit Seifenzäpfchen behandelt hatte. Durch diese scheint eine Verätzung der Mastdarmschleimhaut erzeugt worden zu sein und durch Infektion durch die Stuhlmassen kam es dann zu tiefgreifenden Entzündungen, die mit Narbenbildung ausheilten.

Dr. Goldbaum (Wien).

Eine Epidemie von hysterischen Zufällen in einer Bürgerschule zu Braunschweig. Von v. Holwede. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, XLVIII. Band 1898.)

Die Epidemie währte von Mitte Januar bis gegen Ende März 1898. Sie ergriff 42 Kinder — ausschliesslich Mädchen — im Alter von 8 bis 14 Jahren. Die einzelnen Fälle verliefen im Wesentlichen gleich: Unter Kopfschmerzen und Zittern trat eine allgemeine Schlaffheit ein, der ein rauschähnlicher Zustand folgte; nur bei Wenigen wurden schwach ausgeprägte klonische Krämpfe beobachtet. Während des Schlafes, aus dem die Kinder durch kein Mittel zu erwecken waren, dauerte das Zittern an, die Augen standen unter Thränen, die Pupillen reagierten träge, das Gesicht war gerötet. Bei Druck auf die Nackenmuskulatur erfolgten Abwehrbewegungen. Nach durchschnittlich $^1/_2$ Stunde erwachten die Kinder, konnten sich nur schwer besinnen und begannen mit unsicheren Schritten umherzugehen. Das zuerst befallene Mädchen war vollkommen gesund und entstammt einer durchaus gesunden Familie; unter den später Erkrankten zeigten einige nervöse Disposition. Von 15 Klassen wurden allmählich 8 ergriffen. Knaben erkrankten, obgleich in demselben, übrigens anerkannt gut und modern gebauten Schulhause untergebracht, nicht. Irgendwelche Mängel in der sanitären Einrichtung der Schulräume waren nicht zu ermitteln.

Der Unterricht wurde auf 8 Tage ausgesetzt, ohne Erfolg, im Gegenteil, selbst im Hause der Kinder wurden nun Anfälle beobachtet. An der hysterischen Natur derselben war nicht zu zweifeln. Für ihre Aetiologie wird als bemerkenswert der Umstand angeführt, dass die zuerst befallene Klasse unter der Leitung eines sehr nachsichtigen Lehrers stehend, in ihren Leistungen sehr zurückgeblieben war und kurz vor Ausbruch der Epidemie wegen einer bevorstehenden Prüfung ganz

abnormen Anforderungen unterworfen wurde, welche die Geistesthätigkeit der Kinder intensiv in Anspruch nahmen.

Für die Behandlung wesentlich ist eine schnelle Diagnose der ersten Fälle, um diese alsbald für längere Zeit fernzuhalten. Die Öffentlichkeit ist möglichst zu beruhigen, da die sonst bei den Eltern der Schulkinder eintretende Erregung sich diesen mitteilt und somit die Ausbreitung der Epidemie begünstigt. Friedmann-Beuthen.

Ueber die Resorption von Salzwasserklystieren und die therapeutischen Verwertung .dieser Thatsache. Von V. Eltz. (Therap. Monatsh. 1898, 9).

Verf. hat die Erfahrung gemacht, dass lauwarme Darmeingiessungen von physiologischer Kochsalzlösung, in Menge und Temperatur nach der Empfindlichkeit des Individuums abgestuft, selbst wenn ihnen Stuhlgang folgte, stets zur Hälfte, oft noch mehr im Körper zurückgehalten werden. Unentschieden lässt Verf., ob lediglich die Flüssigkeitsaufnahme oder der Salzgehalt das Wirksame ist. Jedenfalls zeigte sich besonders in Verbindung mit Liebermeister'schen Einpackungen eine lebhafte Steigerung der Diurese und Diaphorese, vorzüglich in den früheren Stadien der chronischen und bei der akuten Form der Nephritis. „Was die gründliche Durchwaschung der Niere überhaupt zu leisten vermag, das kann auf diese Weise ohne Überanstrengung des Magens geschehen." Nicht zu unterschätzen ist auch der Vorteil, welcher der Herzthätigkeit durch die Ausschaltung der vom überlasteten Magen ausgehenden Reflexe erwächst. Als Indikationen bezeichnet E., ausser Nephritis und besonders chronischer Urämie, Magenatonie, wie sie häufig Nephritis concomitirt, acute Blutverluste, Hyperemesis gravidarum, Fälle, wo Ernährung per anum geboten, und die Zufuhr von Flüssigkeit notwendiger sein kann als die der sog. Nährstoffe. — Besonders beachtenswert ist ein Fall von Pertussis. Das Kind hatte mehrere Tage lang alles, selbst jeden Tropfen Wasser erbrochen und litt seit 2 Tagen an nahezu kompleter Anurie. Die wenigen Tropfen äusserst concentrierten Harnes riefen solche Schmerzen in der Harnröhre hervor, dass das Kind gar nicht mehr zum Urinieren zu bewegen war. Nach einigen Salzwasserirrigationen zu ca. $^1/_4$ Liter war der quälende Zustand völlig gehoben.

v. Boltenstern-Bremen.

Ueber die grundlegenden Gesichtspunkte und Methoden der modernen Skoliosentherapie. Von Dolega. (Zeitschrift für orthopädische Chirurgie, V Band 1898.)

Jede echte Skoliose ist anfangs eine habituelle Ermüdungshaltung.*) Diese schafft veränderte Belastungsverhältnisse und weiterhin die Belastungs-Difformität. Demgemäss besteht die Aufgabe der Behandlung

* Wie notwendig es ist, diesen Zusammenhang immer wieder zu betonen, darüber belehrte mich neulich folgendes Vorkommnis in der Praxis: Es wurde mir von auswärts ein etwa 8jähriges Mädchen zugeführt, das bei schlaffem Dastehen diese Ermüdungshaltung ganz augenfällig zeigte. Die Eltern, die das bemerkt hatten, beruhigte der Hausarzt mit der Versicherung, dass das Kind sich schon gerade halten würde, wenn es erst anfangen würde, eitel zu werden. Eine Behandlung sei überflüssig. (Referent.)

darin, diese fehlerhafte Belastung durch Beeinflussung der Körperhaltung möglichst zu kompensieren. Ein wichtiger Bundesgenosse ist eine gesundheitsgemässe Entwicklung des gesamten Körpers.

Die Mittel der modernen Skoliosentherapie scheiden sich in vier Gruppen:

1) Eine allgemeine wie specialisierte Gymnastik in Verbindung mit Massage. Die Gymnastik sucht im antistatischen Sinne zu wirken einmal durch Haltungs- und allgemein roborierende Übungen, dann im engeren Sinne durch Umkrümmungsübungen. Die Muskulatur insbesondere des Rückens kräftigt nebenher die Massage.

2) Suspension. Dieselbe flacht seitliche und antero-posteriore Krümmungen der Wirbelsäule ab, dehnt die kontrahierten Muskeln und Bänder und entlastet die falsch belastete Wirbelsäule. Sie ist zugleich diagnostisch und prognostisch vewertbar, indem sie über die Mobilität und den Grad ihrer Beeinflussbarkeit durch Zug mittels des Körpergewichts Aufschluss giebt. Sie erfolgt entweder vertikal oder auf der schiefen Ebene.

3) Das methodische Redressement. Es sind das manuell oder maschinell ausgeführte Manipulationen, die darauf hinwirken, die Krümmungen der Wirbelsäule und der Rippen sowie die Verschiebung des Beckens zum Thorax möglichst auszugleichen. Es geschieht das entweder in liegender oder aufrechter Haltung. Für ersteren Zweck kommen hauptsächlich in Betracht der sogen. Wolm, ferner die Zander'schen Lagerungsapparate und, ganz besonders für den Nachtgebrauch, die Detorsionsbetten nach Lorenz. Bei aufrechter Haltung wirken der durch Hoffa, später durch Dolega modificierte Barwell'sche Rippenbuckelapparat, ferner der Detorsionsapparat nach Schede und Hoffa, der durch Dolega selbst eine weitere zweckentsprechende Modification erfahren hat.

4) Portative Stützapparate. Dieselben sollen dazu dienen, die bestmögliche Haltung des skoliotischen Kindes über den ganzen Tag hin zu einer dauernden zu machen. Diesen Zweck erfüllen die sogenannten orthopädischen Corsetts. Am besten haben sich die Stoffcorsetts bewährt.

Zur Illustration des Textes dienen eine Reihe vorzüglicher Abbildungen der hauptsächlich in Betracht kommenden Apparate.

Friedmann-Beuthen.

Frühzeitige Ovariotomie. Von Power. (British medical Journal. — Allg. medicinische Zeitung No. 14, 1898).

P. berichtet einen Fall von Ovariotomie bei einem 4 Monate alten Mädchen. Das Kind war seit 3 Wochen krank; ohne dass es Schmerzen äusserte, nahm der Unterleib des Kindes stetig an Umfang zu. Als es im Spital aufgenommen wurde, hatte das Abdomen eine verhältnismässig enorme Ausdehnung und mass im Umfange zwei Finger weit unterhalb des Nabels 20 Zoll und $10^1/_2$ Zoll von der Symphysis ossium pubis zum processus xiphoideus. Der Unterleib war gespannt, die Percussion dumpf mit Ausnahme der linken Flanke und der matte Schall wechselte nicht bei Lageveränderung. Der Urin war normal und Oedeme in den Beinen bestanden nicht.

Man machte die Laparotomie und bald kam eine dickwandige Cyste zum Vorschein, diese wurde punktiert, sodann ein ausgiebiger Ein-

schnitt gemacht, es entleerte sich aus derselben eine klare, gelbliche Flüssigkeit, in der Quantität von ungefähr 1800 g. Die Cyste war mit einem Stiel versehen, der auf gewöhnliche Art mit einem Seidenfaden unterbunden, sodann abgeschnitten und in die Bauchhöhle zurückgelegt wurde.

Das Kind vertrug die Operation sehr gut und verliess nach 14 Tagen geheilt das Spital. Die Cyste bildete einen einfachen Sack, der innerhalb seiner Wandungen einen oder zwei Kerne enthielt, die ihrerseits eine Cysten-Degeneration eingegangen waren.

Goldbaum (Wien.)

Ueber typische Osteomalacie im Kindesalter. Von Siegert. (Münch. med. Wochenschrift. 1898, No. 44.)

Verf. fügt zunächst 3 aus der Litteratur gesammelten Fällen von infantiler Osteomalacie einen eigenen, vom ersten Beginn an bis zum Tode beobachteten hinzu, und fasst dann das allen 4 Fällen Gemeinsame in folgende Sätze zusammen: Was das Geschlecht angeht, so ist nur 1 mal das männliche betroffen, 3mal wird das Ueberstehen einer leicht in vollständige Heilung übergegangenen Rachitis in der frühesten Kindheit hervorgehoben. Alle Kranken verharren in gänzlich infantilem Habitus, eine Menstruation bis zum Tode mit 16, selbst 19 Jahren erfolgt so wenig, wie die Evolution der Genitalien bei dem Knaben im 9. Lebensjahre. 1mal mit 10, 2 mal mit 13, 1 mal mit 15 Jahren einsetzend, führt die Osteomalacie 3 mal nach 3jähr., 1 mal nach 6jähr. Verlauf immer zunehmend zum Tode. An den unteren Extremitäten, welche in allen Fällen spontane Fracturen aufweisen, stets unter heftigen Schmerzen beginnend, führt die Krankheit zur Verminderung der Körperlänge, zu welcher die Kyphoscoliose und die Verbiegung der unteren Extremitäten mitwirkt. Die ganze abnorme Weichheit aller das typische Bild der Osteomalacie darbietenden Knochen fehlt in keinem Falle. Wo positive Angaben vorliegen, findet sich in beiden Geschlechtern das ostemalacische Becken, die Beteiligung der Arme und des Thorax in geringem, des Schädels im geringsten Masse.

Klautsch-Halle a. S.

Gesundheitspflege.

— Die Grenzen der schulärztlichen Thätigkeit. Nach einem Vortrage, gehalten von Alexander Edel in der deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege in Berlin. (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1898, No. 10.)

Die seit über 30 Jahren zur Discussion stehende Schularztfrage hat bis jetzt nur unbedeutende Resultate zu verzeichnen. Die Hausärzte sowohl wie die Lehrer und sogar die Architecten sind gegen diese Institution. Die Einen befürchten eine materielle Schädigung, die Anderen eine Einschränkung ihrer Autorität. Alle diese Befürchtungen werden sich als unbegründet erweisen. Der Schularzt soll nicht behandelnder Arzt, sondern lediglich ärztlicher Sachverständiger der Schule sein, für den Lehrer und Architecten nicht Vorstand, sondern Beistand.

Vor allem soll jedes in die Schule eintretende Kind ein ärztliches Attest mitbringen, das seinen früheren und gegenwärtigen Gesundheitszustand bezeugt und dem Schularzt vorgelegt wird. Dasselbe bildet die Grundlage eines **Gesundheitsbuches**, in das mindestens halbjährliche Eintragungen über den augenblicklichen Gesundheitszustand des Kindes gemacht werden. Man wird hieraus den Einfluss des Unterrichts nach Geschlecht, Jahreszeiten usw. ersehen. Es soll durchaus nicht Sache des Schularztes sein, in poliklinischer Sprechstunde die erkrankten Kinder zu behandeln. Dagegen soll er in bestimmten Intervallen der Schule seinen Besuch machen und sich vom Lehrer alle diesem körperlich oder geistig anomal erscheinenden Kinder vorführen lassen. Bei Infectionskrankheiten hat er die Prohibitivmittel anzugeben.

Ein gedeihliches Zusammenwirken von Arzt und Lehrer würde um so leichter herbeizuführen sein, wenn auf den Seminarien die Hygiene gelehrt und geprüft würde.

Über den Zusammenhang von Unterricht und Ermüdung soll der Schularzt nicht beliebig während der Schulstunden Untersuchungen anstellen, sondern nach einem vorher mit dem Klassenlehrer verabredeten Plane. Denn hier bedarf der Arzt ebenso sehr des Pädagogen, als dieser des Arztes.

Der Turnunterricht muss unter Mitwirkung des Schularztes reformiert werden dahin, dass häufiger und möglichst im Freien geturnt wird, und dass dabei weniger das sportmässige und militärische, als das kräftigende Moment berücksichtigt wird.

Mit berechtigter Schärfe wendet sich E. gegen das Abschlussexamen bei der Versetzung nach Obersecunda, das dem Schüler genau dasselbe Arbeitsquantum aufbürdet als dem Abiturienten, der überdies noch durch die nach dem Examen in Aussicht stehende Freiheit des Studententums angespornt und entschädigt wird.

Friedmann-Beuthen.

— Ueber die Mortalität in Säuglingsspitälern. Von Szalérdi. (Gyogyaszat. 6. November 1898).

S. beweist, gestützt auf statistische Daten, dass Säuglingsspitäler notwendig seien und ebenso segensreich wirken wie andere Spitäler. Die Statistik S.'s bezieht sich auf eine 12jährige Erfahrung in der Landesfindelanstalt und diese zeigt, dass die Mortalität nicht höher sein darf, als höchstens 15—18%. Sz. gelang es, die Mortalität so zu restringieren, dass sie in der Landesfindelanstalt „Weisses Kreuz" 5% nie überstieg. Vom 1. September 1897 bis 1. September 1898 erkrankten von 1325 Säuglingen 446, von diesen starben 49. Mortalität 3,6%. Von diesen 446 Erkrankungen entfallen 123 auf Magendarmerkrankungen, also 32·9% der Gesamterkrankungen. Die Mortalität der Magendarmerkrankungen beträgt 7·3%. Von sämtlichen Pfleglingen haben nur 3·6% nicht zugenommen. Dr. Goldbaum-Wien.

Rezensionen.

Vorlesungen über specielle Therapie innerer Krankheiten für Aerzte und Studierende. Von Privatdocent Dr. Norbert Ortner. 2 Bde. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller, 1898. Preis 17 Mark.

Verfasser hat es sich angelegen sein lassen, bei der Bearbeitung dieser Vorlesungen dem jungen Arzte speciell mit Rücksicht auf die Art der Ausführung aller therapeutischen Massnahmen am Krankenbette an die Hand zu gehen, ihm das Wie und Warum derselben in Kürze, doch in hinreichender Klarheit auseinander zu legen, ihm bei der Wahl der bei den einzelnen Erkrankungen unter den mannigfaltigen Specialindikationen empfehlenswerten Bade- und Mineralwasserkuren und namentlich auch deren Durchführung im Hause einen Führer zu bieten. Bei den medikamentösen Verordnungen ist in der Regel auch deren Wirkungsweise kurz skizziert, und so die Pharmakotherapie für den praktischen Arzt aus einer Sache des Gedächtnisses zu einer Sache des Verständnisses gemacht. Von der Bearbeitung ausgeschlossen ist die Therapie der Nervenkrankheiten; die Therapie der Infektionskrankheiten ist von Docent Dr. Frühwald ausgearbeitet. Als ein grosser Vorzug des Werkes ist es zu betrachten, dass der Verf. den Bedürfnissen der Mehrzahl der praktischen Aerzte entsprechend nur das in 9jähriger ununterbrochener Spitalserfahrung persönlich Erprobte wiedergiebt. Während im Allgemeinen Verf. jedesmal direkt in die specielle Therapie des zu behandelnden Kapitels eintritt, hat er, um vielfachen unvermeidlichen Wiederholungen aus dem Wege zu gehen, den Abschnitten über die specielle Therapie der Stoffwechselerkrankungen sowie der Magen- und Darmkrankheiten mehr allgemein gehaltene Bemerkungen voraufgeschickt. Das Werk wird sicher den Rat suchenden Aerzten und Studierenden ein in jeder Hinsicht empfehlenswerter Berater sein.

Klautsch, Halle a. S.

Studien über die hereditäre Syphilis. Von Dr. Carl Hochsinger. Erster Teil. Mit vier chromolithographischen Tafeln und neun in den Text gedruckten Abbildungen. Leipzig und Wien. Franz Deuticke, 1898,

Das Werk, welches als 5. Heft der von Professor Kassowitz herausgegebenen „Beiträge zur Kinderheilkunde aus dem I. öffentlichen Kinder-Krankeninstitute in Wien“ erscheint, von dem bisher der erste Teil vorliegt, stellt keine Monographie der hereditären Syphilis im eigentlichen Sinne dar. Es sind hier vielmehr die Resultate eigener Forschungen niedergelegt, die Verf. während eines Zeitraumes von 15 Jahren bei seiner Thätigkeit an dem von Kassowitz geleiteten ersten öffentlichen Kinder-Krankenhausinstitute in Wien anzustellen Gelegenheit hatte. Mehr als 400 Fälle von hereditärer Syphilis standen dem Autor bei der Abfassung seines Werkes zur Verfügung, und dass diese Fälle in jeder Hinsicht wissenschaftlich ausgenutzt sind, dafür dienen die zahlreich mitgeteilten Krankengeschichten als Beweis. Der bisher edirte erste Teil behandelt die Pathologie, Anatomie und Klinik der diffusen, kutanen und visceralen Manifestationsformen der hereditären Frühsyphilis. Bei dem Umfange des Werkes — der erste Band allein umfasst 440 Seiten —

müssen wir uns versagen, auf Einzelnheiten einzugehen. Das, was hier geboten wird, legt ein glänzendes Zeugnis ab von dem Riesenfleisse, von der ausserordentlichen Sorgfalt, mit der Verf. die Aufgabe, die er sich gestellt, gelöst hat. Das Buch ist nicht nur für den engen Kreis der Syphilidologen und Paediater von Wert; ach jeder praktischee Arzt wird von dem Studium des Hochsingerschen Werkes grossen Nutzen haben; behandelt es doch ein Gebiet, das gerade für den in der allgemeinen Praxis stehenden Arzt von hervorragender Wichtigkeit ist, dessen Kenntnis ihn vor manchem diagnostischen Irrtum und den daraus resultierenden Folgen bewahren wird. Dankbar anzuerkennen ist, dass Verf. auch der Terminologie zn ihrem Rechte zu verhelfen bestrebt war, wie u. A. daraus hervorgeht, dass er gegen die Bezeichnung „syphilitisches Ekzem" Verwahrung einlegt. Edmund Saalfeld, Berlin.

Fortschritte in der Erkenntnis und Behandlung der Magendarmkrankheiten beim Säugling. Von Dr. R. Fischl. Med. Wandervorträge Heft 53. Berlin 1898. Einzelpreis 50 Pfg.

Nachdem Verf. die Haupt-Unterschiede der Frauen- und Kuh-Milch kurz erörtert, bespricht er gleichfalls mit wenigen Worten die Methoden der künstlichen Ernährung, um dann eine Uebersicht über die Einteilung der Verdauungskrankheiten zu geben, an welche er eine Besprechung über die Aetiologie anschliesst. Ziemlich ausführlich wird die mechanische und medicamentöse Therapie geschildert.

Der Vortrag erfüllt seinen Zweck, Aerzten, welche sich nicht speciell mit der Kinderheilkunde beschäftigen, einen Ueberblick über den jetzigen Stand der betr. Frage zu geben. Köppen-Norden.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Zur Diphteriestaiistik. Von S. Purjesz. Im Anschluss an eine Arbeit von Kossel (Deutsch med. Wochenschr. 1889, 15) kritisiert Verf. die Diphtheriestatistik, welche den Wert des Heilserum beweisen soll. Spricht einmal alles dafür, dass heutzage die Diphtherie einen viel milderen Charakter angenommen hat, als früher, so unterscheiden sich auch die herangezogenen Fälle sehr wesentlich von einander. Ja „ohne jede Gefahr des Heilerfolges ist es ganz unserer Willkür überlassen, die Statistik der mit oder der ohne Serum Behandelten zu verbessern oder zu verschlimmern." Die bisherigen Daten beweisen keineswegs, dass Diphtheriekranke in um so grösserer Zahl heilen, je früher ihnen das Serum beigebracht wird. Aus ihnen kann man weder erkennen, dass das Serum als Specificum wirkt, noch dass es überhaupt auf den Verlauf der Diphtherie eine Wirkung äussert. (Therap. Monatsh. 98.)

v. Boltenstern (Bremen).

— Hat die Phosphorbehandlung der Rachitis eine wissenschaftliche Begründung? Von S. Mira und W. Streltzner. Die Verf. verneinen auf Grund ihrer Tierversuche diese Frage. Niemals wird durch die Phosphorbehandlung Kalkablagerung in pathologischer Weise kalkloser, osteoider Substanz bewirkt. Wohl aber erfolgt unter dem Einfluss der Phosphorfütterung die Bildung sclerotischer

statt der normalen Spongiosa. Dieser Effekt tritt auch auch dann ein, wenn der Knochen aus anderen Gründen die Tendenz zum Poröswerden hat. Da eine Sclerose und Porose wirklich reine Gegensätze sind, so kann man den Phosphor als direktes Heilmittel der Osteoporose bezeichnen. Dagegen behaupten die Verf., dass bei der eigentlichen Rachitis die anatomischen Verhältnisse ganz anders liegen und erklären es für willkürlich und unzulässig, den Phosphor auf Grund seiner sclerosierenden Eigenschafien als dasjenige Specificum hinzustellen, welches die Rachitis in ihrer anatomischen Grundlage bekämpft. (Jahrb. f. Kinderheilk. 98.) Klautsch, Halle a. S.

— Die Scrophulose des Auges in ihren Beziehungen zum Geschlecht und Lebensalter. Von Guttmann. Die aus einem Material von beinahe 40000 Augenkranken aus den Jahren 1883—98 der Magnus'schen Augenklinik in Breslau gewonnenen Resultate lauten dahin, dass die Kranken mit scrophulöser Kerato-Conjunctivitis im Ganzen den sechsten Teil aller Augenkranken ausmachen, unter Kindern bis zu 15 Jahren beinahe den dritten Teil. Das weibliche Geschlecht ist im Allgemeinen doppelt so stark darunter vertreten, als das männliche. Die Erkrankungen an scrophulöser Kerato-Conjunctivitis beginnen um die Mitte des 1. Lebensjahres, nehmen an Häufigkeit bis zum 4. Jahre rasch zu und lassen von da an langsam wieder nach. Am häufigsten sind sie in der Zeit zwischen der ersten und zweiten Dentition. Mit zunehmendem Lebensalter gleicht sich die verschiedene Disposition des männlichen und weiblichen Geschlechts immer mehr aus. (Deutsch. med. Wochenschrift 1898 Nr. 34.) Klautsch-Halle a. S.

— Impfung und Impfnarben. Von Lowe. Verf. wendet sich gegen die übliche Meinung, dass der Verlauf der Impfpustel mit Eiterung abschliessen müsse, und hält einen solchen Abschluss für unerwünscht, geradezu für gefährlich. Seiner Ansicht nach sei der gewünschte Effect der Impfung erreicht, sobald sich das Bläschen gebildet habe; die Umwandlung des serösen Inhaltes in Eiter sei nur schädlich. Um eine Heilung ohne Eiterung zu erreichen, verfährt Verf. seit 27 Jahren nach folgender Methode: Am 7. oder 8. Tage nach der Impfung bestreicht er das Bläschen mit einem in rohe Carbolsäure getauchten Pinsel, die anliegende Haut wird durch Einfetten geschützt. Nach einer Einwirkung von wenigen Sekunden wird die Stelle mit warmen Wasser abgespült und mit aseptischer Watte bedeckt. Der Schorf fällt nach kurzer Zeit ab, ohne eine Narbe zu hinterlassen. Verf. hat stets in dieser Weise geimpft und ist mit seinen Resultaten durchaus zufrieden; er glaubt nicht, dass die Schutzwirkung durch seine Methode irgendwie beeinträchtigt wird. (Lancet 1898.)

Klautsch-Halle a. S.

— Ein Fall von Infection des Verdauungscanales mit dem Bacillus pyocyaneus beim Säugling. Von Nobécourt. Verf. beobachtete einen Fall, wo ein $4^1/_2$ Monate alter Säugling, welcher an fieberhafter Diarrhoe und nachfolgender Bronchopneumonie erkrankt war, trotz sorgfältigster Behandlung starb. Bei der Autopsie wurde im Darminhalte ausser dem Bacillus pyocyaneus noch besonders reichlich das Bacterium coli nachgewiesen; beide Bacterien erwiesen sich bei der Ueberimpfung

auf Thiere als höchst pathogen. Verf. glaubt, dass in derartigen Fällen als Veranlasser der Magendarmaffection das Bacterium coli anzusehen sei und der Bacillus pyocyaneus durch sein Hinzukommen die Krankheit verschlimmert habe, dass also beide Keime in dieser Association wirksamer sind, als jeder einzelne für sich. Der Bacillus pyocyaneus verursacht zwar manchmal eine Allgemeininfection, eine Art Septicaemie, häufiger aber wie auch in dem vorliegenden Falle und namentlich bei den gastrointestinalen Infectionen der Neugeborenen, bleibt er auf die Eingeweide beschränkt und kann den Tod durch Toxhaemie herbeiführen. (Bull. med., 98 No. 67). Klautsch-Halle a. S.

— Die Behandlung des Gesichtsekzems der Kinder hat nach Kistler 3 Indicationen zu erfüllen: Elimination krankhafter Stoffwechselprodukte, locale Beeinflussung, Aufbesserung der Ernährung.

ad. 1. Calomel 0.06—0.12 pro dosi dem Alter entsprechend 1—3 Mal wöchentlich (je nach Bedarf)).

ad. 2. Locale Application von:

Rp. Acid. salicylic. 2.0
Bismuth subnitric 40.0
Amyl. tritic. 15.0
Ungt. rosar. 100.0

dick auf Gaze gestrichen aufzulegen, wobei Waschungen mit Seife und Wasser so selten als möglich vorzunehmen sind.

ad. 3. Hygienisch-diätetische Vorschriften und Tonica (besonders Arsen mit Eisen). (Deutsche Med.-Ztg. 1898 No. 61.)

Klautsch-Halle a. S.

Receptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.
Extract. secul.. cornut. 1,0
Aq. destillat. 100,0
Syr. simpl. 20,0
MDS. 2 stdl. 1 Kinderl.

Purpura, Peliosa rheumatica (Ortner.)

Rp.
Santonin.
Calomel. aa. 0,01—0,03
Sacch. alb. 0,5
Mf. pulv. DS. tägl. 1—2 P.

Ascaris lumbricoides. (Ortner.)

Rp.
Medulladen 1,0—2,0
DS. tägl. 2 Theel. z. n.

Anaemia perniciosa, Pseudoleucaemia (Combe, Sahli)

Rp.
Lenigallol. 1,0—5,0
Pasta Zinc. ad 100,0
DS. äusserlich

oder

Rp.
Lenigallol 5,0—20,0.
Sapon. virid. 2,0
Vaselin. flav. americ. ad 100,0
Mf. ungt. DS. äusserlich.

oder:

Lenigallol.
Past. Zinc aa. 5,0—10,0
Vaselin flav. americ. ad. 100,0
Mf. ungt. DS. äusserlich.

Eczema acut. et chronic, Psoriasis.

Verlag des „Reichs-Medicinal-Anzeigers" B. Konegen, Leipzig.
Druck von Jul. Brandstätter, Leipzig.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark, mit „Der Frauenarzt" zusammen bezogen statt 24 M. nur 20 M. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Katalog No. 3940) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

X. Jahrg. Februar 1899. Heft 2.

Pemphigus neonatorum.

Von

Dr. P. Münz, prakt. Arzt in Nürnberg.

Eine der häufigsten Hauterkrankungen, von denen das zarte Alter der neugeborenen Kinder heimgesucht wird, ist unstreitig jene Blaseneruption, die unter dem Namen des Pemphigus (Schälblattern, Schälhäutchen) bekannt ist. Statistische Nachweise, von Hebra und Steiner geliefert, haben ergeben, dass Neugeborene 14 mal häufiger als Erwachsene von dieser Krankheit befallen werden. Der Pemphigus neonatorum gelangt, wenn wir von jenen wenigen Fällen absehen, in denen die Blaseneruption gleich mit zur Welt gebracht wird, am häufigsten zwischen dem 3. und 10. Lebenstage zur Beobachtung, entwickelt sich aber auch hier und da in einer etwas späteren Lebensperiode.

Ueber die Aetiologie des P. n. gehen die Ansichten der verschiedenen Zeitläufte weit auseinander. Während Caillaut, Zeissl und ihre Schule von einem Pemphigus, der die Lues als Ursache hat, nichts wissen wollen, und während wieder andere wie Doepp, Sachs, See

jeden P. auf Lues congenita zurückführen, bricht sich heutzutage die dualistische Anschauung immer mehr und mehr Bahn, dass es sowohl luetische wie nichtluetische Formen von P. giebt, Formen, die wie in ihrer Aetiologie so auch in ihrem Krankheitsbilde verschiedenartig sind. Entgegen M. Lange und Soltmann, die in ihren erst jüngsthin erschienenen Beschreibungen des Pemphigus neonatorum die auf Lues beruhenden Fälle ausgeschieden wissen wollen, glaube ich, dass in dieses Krankheitsbild alle Pemphigusformen der Neugeborenen einbezogen werden müssen, mithin auch die luetischen.

Ist nun für die eine Art des Pemphigus n. die Lues als das ätiologische Moment gesichert, so herrscht über die Entstehungsursache der anderen Art ein verworrenes Durcheinander. Auf der einen Seite wird von Bohn, Meissner, Dohrn versucht, die Entstehung des P. mit mechanischen, chemischen oder thermischen Reizen, die zur Zeit der physiologischen Abschuppung der Epidermis die zarte Haut der Neugeborenen treffen, in Verbindung zu bringen; auf der anderen Seite hinwiederum wird in Ernährungs- und Verdauungsstörungen, in schlecht ventilierten, mit feuchter, dumpfer Luft geschwängerten Wohnräumen der Armen ein begünstigender Einfluss erblickt; die letztere Annahme verliert sofort an Wert, wenn wir erfahren, dass auch wohlgenährte Kinder der Reichen, bei denen von schlechter Nahrung und schlechten Wohnräumen füglich nicht die Rede sein kann, ebenso oft an Pemphigus erkranken. Die meisten Anhänger findet aber heutzutage trotz Hebra die durch Ahlfeld, Almquist, Henoch, Koch, Moldenhauer, Pott, Palmer, Olshausen, Rigby, Winckel, Zechmeister vertretene Ansicht von der bacteriellen, infectiösen Natur des Pemphigus, eine Ansicht, die durch mehrere gelungene Impfversuche und die verschiedentlich beobachtete epidemische oder endemische Ausbreitung der Erkrankung eine bedeutende Stütze erhält. Bemerkenswert ist auch die Uebertragung des Pemphigus von Kindern auf Erwachsene, wie sie von einigen Autoren beobachtet wurde. In diesen Fällen tauchten die Blasen zuerst und besonders an den Stellen auf, die mit dem an P. erkrankten Kinde in unmittelbare nahe Berührung kamen, an der Mamma säugender Mütter, an den Lippen von Personen, welche die Kinder geküsst hatten. Während es in diesen durch Contact entstandenen Fällen gelegentlich auch zu einer weiteren Ausbreitung die Erkrankung kommen kann, bleibt merkwürdigerweise die durch Ueberimpfung mit dem flüssigen Pemphigusinhalte erzeugte Blase auf die Impfstelle beschränkt.

Freilich ist es bisher noch nicht gelungen, eine für P. spezifische Art von Pilzen oder Sporen in dem Blaseninhalte oder dem Blute der an P. Erkrankten nachzuweisen. Zwar hat Strelitz aus dem alkalisch reagierenden Inhalt der Blasen den gelben und weissen Eitercoccus, Almquist eine nicht genau definirte Kokkusart gezüchtet, zwar fand Peter die genannten Eitererreger sowie einen besonderen Diplococcus nicht nur in der Pemphigusblase eines Kindes, sondern auch in dessen Blute, sowie in dem Blute der an Sepsis erkrankten Mutter, zwar haben Demme, Gibier, Felsenthal, Soltmann ein Microbium des Pemphigus angegeben, eine ganz bestimmte Bakterienart kann aber bislang noch nicht als der Erreger

von P. angesprochen werden. So viel steht jedenfalls fest, dass der P. auf bacterieller Basis beruht.

Die Uebertragung des Pemphiguserregers, er mag sein wer er wolle, findet jedenfalls in erster Reihe durch die Hände derjenigen Personen statt, die mit dem Kinde beim Baden, beim Abtrocknen in nahen Contact kommen; auch schmutzige Wäsche kann eine Uebertragung vermitteln. Hierbei handelt es sich zunächst und zumeist um eine rein lokale Infektion. An derjenigen Stelle der Haut, in welche der Pemphiguserreger verrieben wird, entsteht eine Blase; wird nun von dieser der entleerte Inhalt über weitere Flächen des Körpers verstreut, so schiessen eben an den verschiedensten Orten, überall dort, wo das Gift unter die Epidermis gelangt ist, Blasen empor. Als Eingangspforte für den Erzeuger des P. dient entweder die gesetzte Nabelwunde, wobei zuerst die um den Nabel konzentrierte Blaseneruption, der Pemphigus periumbilicalis, entsteht, oder eine oft kaum sichtbare Verletzung der Epidermis. Wir verstehen es darum, wenn, wie bereits erwähnt, Bohn, Meissner, Dohrn in äusseren Irritationen mechanischer, chemischer oder thermischer Art, welche die Haut treffen, einen begünstigenden Einfluss für die Entstehung des P. erblicken. Nur dann, wenn die Haut über Gebühr gereizt und malträtiert ist und dadurch in der Epidermis kleine Verletzungen desto leichter gesetzt werden, ist ein günstiger Boden für die Invasion des Pemphigusgiftes gegeben. Aus diesen Gründen erscheint es mir naheliegend, worauf meines Wissens noch von keiner Seite hingewiesen wurde, dass beim Durchpassieren des Kindes durch die mütterliche Scheide, welche ja eine Brutstätte für die verschiedensten Bakterien und wahrscheinlich auch für den Pemphiguserreger abgiebt, die zarte, leicht rissige Haut des Kindes mit dem Pemphigusgifte inprägniert wird und so gleich nach der Geburt an den verschiedensten Stellen des Körpers Blaseneruptionen entstehen. Wenn wir auch die locale Entstehung des P. neonatorum zugeben, so ist es darum nicht ausgeschlossen, dass im weiteren Verlaufe der Erkrankung schädliche Stoffe, vielleicht gar der Erreger der Krankheit selbst, aus dem Blaseninhalte in die Blutbahnen übergehen und so zu Metastasenbildungen an der Haut, zu einer Allgemeininfektion führen.

Das pathologisch-anatomische Bild des P. neonatorum gleicht in vieler Beziehung dem Bilde, das Erwachsene bei dieser Erkrankung bieten. Die Hülle der Blasen wird von der abgehobenen Epithelschicht, der Grund von dem geröteten Corium gebildet; der Papillarkörper befindet sich in einem entzündeten Zustande und ist mit Exsudatzellen durchsetzt. Der Inhalt der Blasen ist bald serös, bald mehr eitrig, bald blutig gefärbt; es lassen sich in ihm verschiedene Arten von Bakterien, fast immer Eitercoccen nachweisen. Die Blasen sind entweder prall gespannt und glänzend oder auch schlaff, weich und zeigen dann ein mehr mattes Aussehen. Die Grösse der Blasen schwankt zwischen der einer Erbse — ich habe aber auch kleinere Blasen, etwa so gross wie ein Stecknadelkopf, beobachtet — bis zu der eines Hühnereies; oft confluieren mehrere kleinere Blasen und bilden so eine ausgedehnte Eruption. Die Haut zwischen den einzelnen Blasen zeigt meist eine lebhafte Röte, oft aber ist dieses Zeichen der vorhandenen Entzündung zu vermissen. Ebenso braucht der Blasen-

bildung nicht in allen Fällen eine Rötung der Eruptionsstelle voranzugehen, die Blasen können auch auf einer vorher ganz normalen Haut ohne vorangegangene Blutstauung im Papillarkörper emporschiessen. Um die gebildeten Blasen selbt, wenigstens um die kleineren, zeigt sich fast immer ein feiner rother Hof. Nach kurzer Zeit schon, sei es durch einen äusseren mechanischen Insult oder sei es durch den Druck des sich ansammelnden Inhaltes, platzen die Blasen, und es entsteht durch die Abhebung der Epithelschicht ein nur oberflächlicher Substanzverlust; das Corium liegt frei, und dieses bedeckt sich über kurz oder lang mit einer etwas dunkleren Kruste, unter der in Bälde eine Ausheilung des Substanzverlustes vor sich geht. Es giebt wohl keine Stelle des Körpers, an der nicht Blasen zur Entwickelung gelangen können, nicht nur die äusseren Bedeckungen des Körpers, auch die Schleimhäute des Mundes, des Rachens, ja selbst des Oesophagus oder gar der Bronchien und des Auges können den Sitz der Erkrankung abgeben. Bei dem P. der Schleimhäute zeigt sich das Epithel der mucosa abgehoben, der Papillarkörper stark entzündet; die Blasen erreichen aber nie jene Grösse wie beim P. der äusseren Hautdecken; die befallenen Schleimhäute sind oft recht schmerzempfindlich und bluten sehr leicht.

Das klinisch-symptomatische Bild des P. neonatorum wechselt in ziemlich verschiedenen Farben; es ist bei dem rein acuten P. schon etwas anders gestaltet als bei dem luetischen. Aber auch eine jede dieser beiden Formen zeigt einen wechselvollen Beginn und Verlauf der Erkrankung. Was den Beginn des acuten, nicht luetischen P. betrifft, so finden wir, dass die sonst kräftigen, gut entwickelten Kinder entweder inmitten des besten Wohlbefindens von der Krankheit befallen werden, oder auch dass dem Ausbruche derselben 2—3 Tage zuvor verschiedene Prodromalerscheinungen vorausgehen. Fieber, allgemeine Unruhe, Verdauungsstörungen, Jucken am Körper. Der weitere Verlauf der Krankheit hängt von der Heftigkeit der Blaseneruption und dem Allgemeinbefinden des Kindes ab. So lange die Blasen auf eine kleine Anzahl beschränkt bleiben, ist das Befinden der Kinder ein gutes; man merkt ihnen kaum eine Krankheit an. Die Blasen heilen, ohne Spuren zu hinterlassen, gewöhnlich in 10—14 Tagen ab. Wenn aber grössere Strecken des Körpers von den Blasen ergriffen sind, wenn gar die Epitheldecken verloren gegangen sind und ausgedehnte Flächen entblösst daliegen, dann tritt neben heftigen Schmerzen, die sich in kläglichen Schmerzäusserungen bei jeder Berührung kundthun, eine bedeutende Störung des Allgemeinbefindens ein: hohes Fieber bis zu 41^0, oder auch subnormale Temperaturen bis zu 34^0, Ernährungsstörungen, grosse Unruhe. Diese Erscheinungen erreichen in seltenen Fällen ihren Höhepunkt in Convulsionen, Trismus, allgemeinem Collaps, denen die Kinder in ganz kurzer Zeit erliegen. Der Verlauf der Erkrankung gestaltet sich auch misslich, wenn anstatt der raschen Ueberhäutung der afficierten Stellen eine circumscripte Hautgangrän und damit einhergehende tiefere Substanzdefekte oder eine allgemeine Furunculosis Platz greifen; die Blasen zeigen in diesen Fällen eine nur sehr träge Tendenz zur Heilung; die Kinder kommen infolge dessen immer mehr und mehr herunter und gehen schliesslich an Cachexie zu Grunde. Gelegentlich sind auch im Anschlusse an P. eitrige Pleuritis, infectiöse Nabelerkrankungen

sowie allgemeine Sepsis zur Beobachtung gelangt. Der auf luetischer Basis beruhende P. zeigt gegenüber dem nichtluetischen acuten einige Eigentümlichkeiten, die nur ihn auszuzeichnen pflegen. Er wählt meist schwächliche, schlecht genährte Kinder zu seinen Opfern, wie ja dies schon im Charakter der Lues liegt. Die Blasen kommen beim luetischen P. entweder gleich nach der Geburt zum Ausbruche, cder die Kinder werden mit ihnen geboren. Der Verlauf der Krankheit ist, falls die Patienten dem ersten Ansturme widerstehen, ein mehr chronischer, selbst dann, wenn die Zahl der Blasen beschränkt bleibt. Die Krankheit zieht sich, unterbrochen zuweilen von Besserungen, Wochen und Monate in die Länge, bis die Kinder an Cachexie zu Grunde gehen. Complikationen, wie wir sie beim akuten P. kennen gelernt haben, sind natürlich imstande, diesen bösen Ausgang zu beschleunigen.

Die Diagnose des P. ist nicht so leicht zu verfehlen. Verwechselungen mit anderen Erkrankungen, bei denen Blasenbildungen vorkommen, mit Urticaria bullosa, Varicellen, bullösem Erysipel, Erythema exsudativum, Scabies, Ekzem, Zoster, lassen sich, abgesehen davon, dass diese Erkrankungen bei Neugeborenen zu den Seltenheiten gehören, sehr leicht umgehen, wenn die für P. bereits angegebenen Anhaltspunkte berücksichtigt werden; auch Verwechselungen mit Sudaminabläschen und intertriginösen Blasen lassen sich vermeiden. In zweiter Linie hat dann die Diagnose festzustellen, ob es sich um einen luetischen oder einen nichtluetischen P. handelt. Die Zeit des Auftretens und der weitere Verlauf der Blaseneruption führen zwar hier und da auf die richtige Fährte; aber auch Aussehen und Sitz der Blasen können dazu beitragen, die Diagnose zu erleichtern. Der luetische P. bietet nämlich in dieser Beziehung einige für ihn charakteristische Eigentümlichkeiten. Die Blasen sind bei ihm fast immer schlaff und eingefallen und zeigen darum ein mattes Aussehen; auch sind sie nicht von jener Grösse wie beim akuten P.; sie übersteigen kaum die Grösse einer Erbse, allenfalls die einer kleinen Haselnuss; auch treten sie nur vereinzelt und zerstreut auf. Nicht minder ist der Sitz der Eruption für eine Diagnose bestimmend. Der luetische Pemphigus wählt mit Vorliebe die Hand- und Fusssohlen sowie die Schleimhäute zu seinen Ausgangspunkten, während dies beim akuten P. fast gar nicht vorkommt. Die Diagnose »luetischer P.« wird gesichert, wenn, abgesehen von der nachweisbaren Infektion, andere Erscheinungen auf Lues hindeuten wie Rhinitis chronica, Condylome der Aftergegend, Drüsenschwellungen, Roseola.

Die Prognose der Erkrankung ergiebt sich aus dem oben Gesagten Der akute P. gewährt eine bessere Aussicht auf Heilung als der luetische. Abgesehen von jenen seltenen Fällen, in denen infolge vor Complicationen der Verlauf ungünstigere Chancen bietet, tritt beim akuter P. die Heilung durchschnittlich in 12 Tagen ein. Beim luetischen P. erliegen die zumeist cachectisch geborenen Kinder trotz guter Pflege und spezifischer Behandlung über kurz oder lang den Stürmen der Erkrankung.

Eine Prophylaxe wird wohl nie den Ausbruch der Erkrankung verhüten können. Kleine, kaum sichtbare Rhagaden und Einrisse bietet die zarte

Haut des neugeborenen Kindes zur Genüge, dass sie als Eingangspforte dem Pemphiguskeim dienen; ebenso giebt die Nabelwunde in nicht wenigen Fällen Gelegenheit für die Invasion des Krankheitserregers. Jedenfalls ist alles, was die Epidermis reizt, zu vermeiden: heisse Bäder und starkes Reiben beim Abtrocknen des Neugeborenen. Dass damit die peinlichste Reinhaltung des Kindes, welche besonders ihr Augenmerk auf die zum Abtrocknen benutzten Wäsche richtet, Hand in Hand gehen muss, ist selbstverständlich. Bei einem Ausbruche der Erkrankung tritt die Prophylaxe in ihre eigentliche Domäne; sie hat darauf zu achten, dass der Pemphigus nicht bei seinem infectiösen Charakter auf andere Kinder übertragen werde. Es müssen darum alle diejenigen Personen, Hebammen oder Wärterinnen, die ein pemphiguskrankes Kind besorgt haben, ihre Hände und Kleider streng desinficieren, bevor sie sich mit einem anderen Kinde beschäftigen. Daraus ergiebt sich von selbst, dass in Anstalten, überall, wo mehrere Kinder zusammen sind, eine Isolierung der Pemphiguskranken durchzuführen ist. Aber auch bei den kranken Kindern ist darauf zu achten, dass der Krankheitsherd beschränkt bleibt, dass nicht der entleerte Inhalt der Blase nach sonst gesunden Körperteilen übertragen wird und, dort in die Haut verrieben, zu neuen Eruptionen Anlass giebt; aus diesem Grunde empfiehlt es sich, einmal benutzte Wäsche vor dem jedesmaligen Gebrauche gut zu desinficieren.

Was endlich das therapeutische Verfahren anbelangt, so ist man in der That bei der grossen Zahl der angegebenen Behandlungsmethoden in Verlegenheit, welche man zur Anwendung bringen soll. Zwischen dem exspektativen Verfahren Franks und den von anderer Seite empfohlenen komplizierten Salbenverbänden liegt eine ganze Reihe von Heilmethoden, von denen jede ihre Anhänger und Gegner findet. Das Gute ist aber stets in der Mitte. Die Therapie muss in allen Fällen, selbst in den leichtesten, eine eingreifende sein, da diese, vernachlässigt, zu schweren auswachsen können. Das rationellste Verfahren besteht darin, dass man die Kinder täglich 1—2 mal — schwächliche Kinder täglich nur 1 mal, ja sogar nur jeden 2. Tag — für die Dauer von 5—10 Minuten in ein lauwarmes Bad von etwa 27° C. legt, welchem ein adstringierendes oder desinfizierendes Mittel zugesetzt wurde. Als Adstringens empfiehlt Soltmann ein Eichenrindendecoct in der Lösung 500 cortic. querc. auf 4 Liter Wasser; bequemer ist dafür der Zusatz von etwa 25 Gramm Tannin für je ein Bad. Als Desinficiens hat sich nach Bodenstab, Lange das Kali. hypermang. bewährt, das in solcher Menge zugesetzt wird, bis das Badewasser schwach rot gefärbt aussieht. Empfehlenswert ist es, jedesmal vor dem Bade die grösseren Blasen von ihrem Inhalt vorsichtig zu entleeren, weil sonst der Druck weitere Flächen abhebt; die entleerten Blasen werden mit einem in eine 2% Borsäurelösung getauchten Wattetampon gut abgetupft. Nach dem Bade tritt die Trockenbehandlung in ihr Recht. Nachdem das Kind behutsam in nicht reibenden Bewegungen abgetrocknet ist, werden alle affizierten Stellen des Körpers mit einem Streupulver reichlich versehen. Ich habe mit sehr gutem Erfolge die Anwendung von Airol-Amylum (2:10) bewährt gefunden. Nachher erst wird das Kind in trockene Windeln oder noch besser in sterilisierte Gaze gehüllt. Handelt es sich um eine luetische Form des P., so geht mit

dem angegebenen Verfahren eine spezifische Behandlung Hand in Hand. Von Einreibungen ist bei der empfindlichen Haut Abstand zu nehmen; am bequemsten erweist sich die innere Verabreichung von Calomel; vertragen die meist schwächlichen Kinder das Calomel nicht, so tritt an seine Stelle ein Zusatz von Sublimatpastillen zu dem vorschriftmässigen Bade ein; man sei aber mit der Dosierung vorsichtig, weil bei den des Epithels entblösten Hautflächen eine grössere Resorption des Sublimats zu fürchten ist. In allen Fällen von P. ist auf eine gute Ernährung, auf Ammen- oder Muttermilch, Gewicht zu legen.

Referate.

Ueber den Abdominaltyphus in den verschiedenen Altersperioden der Kinder. Von Roemheld. (Jahrb. f. Kinderheilk. XLVIII Bd. 2. u. 3. Heft.)

R. giebt die Erfahrungen wieder, die in den letzten Jahren in der Universitätskinderklinik zu Heidelberg über den Abdominaltyphus im Kindesalter in 117 Fällen gesammelt wurden. Die Initialsymptome waren die allgemein bekannten: bei kleineren Kindern Appetitmangel, Muskelzittern, Krämpfe, Erbrechen, Fieber, andauerndes Schreien; bei grösseren Kopfweh, Gliederschmerzen, Leibweh, unruhiger Schlaf, Müdigkeit. In wenigen Fällen war ein Schüttelfrost verzeichnet, häufiger wurde einfacher Frost zu Beginn angegeben. Ungefähr in der Hälfte der Fälle bestand im Anfang Verstopfung, 8 mal wurde bei Beginn Epistaxis, 10 mal eine Angina beobachtet, 2 mal Herpes labialis, der demnach auch bei Kindern nur sehr selten Frühsymptom zu sein scheint.

Was den Fieberverlauf anbetrifft, so wurde konstatiert, dass ein plötzlicher Beginn der Krankheit mit hohem Fieber beim Typhus der Kinder doch zu den Ausnahmen gehört, wenn er vielleicht auch etwas häufiger vorkommen mag als bei Erwachsenen. Im Allgemeinen liess das Fieber eine grosse Unregelmässigkeit erkennen. Die niedrigste Temperatur wurde sehr häufig bei denselben Patienten zu den verschiedensten Tageszeiten gefunden. Ueberhaupt scheinen typhös erkrankte Kinder mehr zu intermittierendem Fieber zu neigen, als Erwachsene. — Betreffs des Pulses ist zu bemerken, dass kleinere Kinder meist einen unverhältnismässig hohen Puls hatten, grössere sich dem Typhus des Erwachsenen näherten und relative Pulsverlangsamung zeigten. Dikrotie des Pulses war nur selten bei älteren Kindern verzeichnet.

Hinsichtlich der typhösen Symptome im engeren Sinne ist zu erwähnen, dass nicht allzu selten Obstipation während der ganzen Krankheit bestehen blieb. In ca. ein drittel der Fälle wurden charakteristische erbsenbreiartige Stühle beobachtet. Meist wechselte Durchfall mit Obstipation. — Darmblutungen kamen 5 mal, Darmperforationen mit folgender Peritonitis 3 mal zur Beobachtung. — Stärkerer Fuligo an der Zunge und

an den Lippen wurde nur vereinzelt in schweren Typhen älterer Kinder beobachtet. — Nicht wenige von den Patienten litten an ulceröser Stomatitis. Es handelte sich meist um kleine, flache, scharfrandige Geschwüre, die gewöhnlich am weichen Gaumen sassen und bisweilen symmetrisch angeordnet waren. — Schmerzhaftigkeit des Leibes wurde in allen schweren Fällen konstatiert, teils nur bei Druck, teils spontan auftretend. Sie beschränkte sich in ungefähr der Hälfte der Fälle auf die Ileocöcalgegend, wo dann gewöhnlich auch Gurren gefunden wurde; wiederholt wurde indessen auch über diffuse Schmerzhaftigkeit des Leibes geklagt. ohne dass irgendwelche peritonitischen Erscheinungen vorgelegen hätten, — Die Milz war 69 mal palpabel. Roseola wurden in der Hälfte der Fälle konstatiert.

Was die Komplikationen anlangt, so wurde am häufigsten Bronchitis, selten Broncho- und croupöse Pneumonie beobachtet. — 4 Kinder zeigten im Verlauf der Krankheit Heiserkeit. — Bei 15 Kindern stellte sich im Laufe der Erkrankung eine Otitis media ein. — Die Haut zeigte relativ häufig Miliaria crystallina, einige Male Furunkulose. Grössere Hautabscesse und Decubitus kamen in 4 Fällen vor. Von anderen Exanthemen sind Urticaria und Herpesformen zu erwähnen. — Als zufällige Komplikation kamen einmal Varicellen und Scharlach in rascher Folge hintereinander nach Typhus und einmal Masern im Verlaufe des Typhus vor. — Einmal wurde als Nachkrankheit Periostitis beobachtet. — Nephritis kamen zwei mal vor.

Bevor R. nun die verschiedenen Verlaufseigentümlichkeiten des Abdominaltyphus in den verschiedenen Altersperioden der Kinder bespricht, bemerkt er zur Charakterisierung desselben, dass die Erkrankungshäufigkeit keine wesentlich geringere zu sein scheint als bei Erwachsenen; dass die Krankheit bei Kindern im allgemeinen nicht das scharf gezeichnete typische klinische Bild darbietet, welches wir bei Erwachsenen zu sehen gewohnt sind und dass sie auch gutartigerer Natur ist. Ferner treten die Darmerscheinungen und die charakteristischen pathologisch-anatomischen Veränderungen im Darm beim Kindertyphus mehr in den Hintergrund. Dasselbe gilt auch bezüglich der nervösen Symptome. Endlich ist auch die Dauer der Krankheit bei Kindern meist kürzer, die Höhe des Fiebers gewöhnlich niedriger als bei Erwachsenen.

Bezüglich des klinischen Verlaufes, insbesondere was die Schwere der Erkrankung anlangt, als auch bezüglich der pathologisch-anatomischen Veränderungen zeigt der Kindertyphus ein wechselndes Bild je nach dem Alter des Patienten, und man kann 3 Gruppen unterscheiden:

1) den Typhus der Säuglinge und Kinder in den ersten Lebensjahren; in scharfem Gegensatz zu dieser Form steht

2) der Typhus der älteren, etwa im 8.—14. Lebensjahr befindlichen Kinder, bei welchem man im Grossen und Ganzen das Bild des Typhus der Erwachsenen antrifft;

3) den Typhus in den mittleren Jahren der Kindheit, in welchen

kein typisches sehr ausgeprägtes Krankheitsbild besteht. Abweichungen von diesen Typen kommen natürlich vielfach vor.

ad 1) Es sind zweifellose Fälle von Säuglingstyphus, ja selbst von congenitalem Typhus bekannt geworden. Ernst sah in einem Falle bei einem Neugebornen das Blut überschwemmt mit Typhusbacillen, während der Darm nichts Pathologisches erkennen liess; es handelte sich bei diesem fötalen Typhus gewissermassen um eine Typhus-Septikämie. Der Säuglingstyphus zeigt einerseits denselben negativen Darmbefund, andrerseits bietet er vielfach das Bild der schwersten Allgemeininfektion dar. Auffallend ist hier die Hinfälligkeit und starke Beteiligung des Nervensystems. Schon im Beginne der Krankheit treten häufig nervöse Störungen in den Vordergrund. Die Kinder bekommen allgemeine eklamptische Anfälle, knirschen mit den Zähnen, zeigen Muskelzittern u. s. w. Im weiteren Verlauf tritt gewöhnlich anhaltende schwere Benommenheit auf. Nicht selten zeigen die Kinder einen Zustand von Stupor. Relativ häufig im Verhältnis zu den Typhus im späteren Kindesalter beobachtet man andauerndes wie automatisch erfolgendes Schreien (Schreityphus). Meist sind im Vergleich mit den schweren Allgemeinsymptomen die typhösen Abdominalsymptome nur wenig ausgesprochen. Das Fieber ist gewöhnlich hoch, ebenso die Pulsfrequenz eine sehr bedeutende. Die Dauer der Krankheit im Säuglingsalter ist sehr verschieden, scheint aber im allgemeinen kürzer zu sein als bei älteren Kindern.

ad 2) In den ausgesprochenen Fällen haben wir das vollständige Bild des Typhus der Erwachsenen, sowohl klinisch als auch pathologisch-anatomisch. Die Kranken bieten nicht nur im allgemeinen einen schweren Status typhosus dar mit Benommenheit und Delirien, sondern weisen auch bezüglich der einzelnen Organe, besonders bezüglich der Abdominalorgane denselben Symptomenkomplex wie Erwachsene auf. Das Fieber zeigt die mehr oder weniger typische Curve. Dabei ist die Pulsfrequenz relativ gering; Dikrotie kommt vor. Herzschwäche wird häufig beobachtet. Lippe und Zunge sind fuliginös. Roseola, Milztumor, charakteristische Stühle werden bisweilen beobachtet. Schwere Komplikationen kommen fast ausschliesslich bei Typhus älterer Kinder vor.

Wenn auch solche Fälle relativ selten sind, so kommen sie doch entschieden häufiger vor als im früheren Kindesalter.

ad 3) Hier kommen überwiegend leichte Fälle vor. Man vermisset einerseits gewöhnlich das schwere Bild der Allgemeininfektion, andrerseits sind die lokalen typhösen Erscheinungen weniger stark ausgeprägt. Die Fieberdauer ist meist eine kürzere, die Pulsfrequenz ist eine mittlere, die Darmerscheinungen treten mehr zurück. Das Nervensystem ist in vielen Fällen überhaupt nicht alteriert. In diagnostischer Hinsicht ist zu betonen, dass die Widal'sche Probe in den letzten, seit Bekanntwerden dieses diagnostischen Hilfsmittels beobachteten Fällen niemals im Stich gelassen hat.

Die Prognose des Abdominaltyphus der Kinder ist eine relativ gute. Unter den 117 Fällen waren nur elf Todesfälle zu verzeichnen. Die

Mortalität war am grössten bei Kindern in den ersten 3 Lebensjahren, nächstdem bei Kindern zwischen dem 8. und 14. Lebensjahr. Am günstigsten gestaltete sich die Prognose für Kinder im Alter von 4 bis 8 Jahren.

Die Therapie hat sich beim Abdominaltyphus der Kinder im Wesentlichen nach denselben Grundsätzen zu richten, wie bei Erkrankung Erwachsener. Das Hauptgewicht wurde auf hygienische und diätetische Massnahmen gelegt. Die Patienten bekamen eine möglichst roborierende Diät und zwar ausschliesslich in flüssiger Form, welch letztere auch nach eingetretener Entfieberung noch mindestens acht Tage beibehalten wurde.

Medikamentös wurde im Beginn bis gegen Ende der ersten Woche Calomel angewendet. Im weiteren Verlauf wurde gewöhnlich nur eine kühlende Mixtur von acid. phosphor. oder muriat. gegeben. Bei den Durchfällen sowie leichten Darmblutungen hat sich Tannalbin mit ausschliesslicher Schleimdiät bewährt. Von den Antipyreticis, die nur selten zur Anwendung kamen, wurde fast nur Chinin verordnet. Hohes Fieber wurde nicht als Indikation zur Behandlung mit kalten Bädern angesehen, sondern nur das schwere Befallensein des Nervensystems und das Vorhandensein von Lungenkomplikationen. Die Bäder wurden nicht gegeben, in der Absicht, die Temperatur herabzusetzen, sondern nur, um allgemein erfrischend zu wirken. Infolgedessen wurden auch gewöhnlich nur lauwarme Bäder von kurzer Dauer mit folgender kühler Abwaschung, Ansprengung oder Uebergiessung verordnet.

Schnell (Egeln.)

Die frühzeitige Diagnose des Keuchhustens. Von H. L. Wagner. (N. Y. med. Jounal 8. Oktober 1898. — Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift No. 48. 1898.)

Die möglichst frühzeitige Erkennung des Keuchhustens ist in prophylaktischer und therapeutischer Beziehung gleich wichtig. Zu diesem Zwecke ist die bakteriologische Untersuchung des Nasensecretes von grösster Wichtigkeit. Das normale Nasensecret ist bakterienarm, während es bei Keuchhusten grosse Msngen von Bakterien enthält und zwar eine Form, die „Polbakterien“ von Czaplewski und Hensel, in Reinkultur. Diese Bakterien sind dreimal so lang, als breit, an den Enden abgerundet, manchmal verdickt und in der Mitte geteilt. Fast alle sind von einer Kapsel umgeben, welche durch Imbibition der Zellhaut bei Ansiedelung im Organismus zustande kommt, während bei artefizieller Kultur die Bacillen diese Kapsel nicht besitzen. Die morphologische Abgrenzung der Keuchhustenbacillen gegenüber den anderen in der Nasen- und Rachenhöhle vorkommenden Mikroorganismen bietet noch Schwierigkeiten, auch zeigen die Polbakterien selbst je nach den angewendeten Färbungen morphologische Differenzen. Man färbt dieselben nach Czaplewski in Carbolglyzerinfuchsin (1 Tl. Fuchsin auf 5 Tl. flüssiger Carbolsäure, 50 Tl. Glyzerin und 100 Tl. Wasser) nach vorheriger Behandlung mit 1 % Essigsäure. Sehr gute Dienste für die frühzeitige und rasche Diagnose des Keuchhustens leistet die vom Verf. etwas modifizierte Knaak'sche Kontrastfärbung, wo die Bakterien blau, die Zellen und Kerne rot gefärbt

werden. Zunächst wird mit schwach alkalischer Methylenblaulösung gefärbt, dann mit 2 % frisch bereiteter Argoninlösung, welche den Farbstoff den Zellen rascher entzieht als den Bakterien, entfärbt. Um die Reoxydation zu verhindern, wird das Präparat in konzentrierter Weinsteinlösung abgespült. Die Kontrastfärbung geschieht mit sehr verdünnter Fuchsinlösung: 1 Tl. der konzentrierten alkoholischen Lösung auf 40 Tl. Wasser. In dem Fall von Czaplewski, der bei seinen Untersuchungen über den Keuchhustenbacillus von Keuchhusten befallen wurde, fanden sich im Nasen- und Pharynxsecrete dieselben Bakterien, die er studierte, derart ihre ätiologische Bedeutung erweisend.

Dr. Goldbaum (Wien.)

Zur Behandlung der Diphtherie mit dem Serum von Diphtherierekonvaleszenten. Von Weisbecker (Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 39.)

Nach Analogie der Masern-, Scharlach-, Typhus- und Pneumonie-Therapie mit dem Blutserum der entsprechenden Rekonvaleszenten hat Verf. auch die Diphtherie zum Gegenstand seiner Versuche nach dieser Richtung hin gemacht. Er hat im Ganzen 30 Diphtheriefälle, die nach der Natur der Epidemie sämtlich als ernst aufzufassen waren, mit dem Serum von Diphtherierekonvaleszenten behandelt, und zwar mit gutem Erfolge. Der Allgemeinzustand der Injicierten war in der überwiegend grossen Mehrzahl der Erkrankungen ein günstiger in einem Teile der Fälle trat auch hier, ebenso wie bei der Pneumonie, ein überraschend schneller Wechsel in dem subjektiven Befinden ein, dem vor der Injektion bestehenden intensiven Krankheitsgefühl folgte sofort ein Zustand der Erleichterung und des Wohlbehagens. Nur in einem ganz kleinen Teile der Fälle, den allerschwersten, beobachtete Verf. noch nach der Injektion bedrohliche Allgemeinsymptome, welche eine Zeit lang das Krankheitsbild beherrschten; doch trat auch in solch' verzweifelten Fällen noch häufig genug Genesung ein. Fieber und der lokale Krankheitsprozess wurden dagegen keineswegs durch die Injektion in allen Fällen zum baldigen Schwinden gebracht; obwohl einzelne derselben eine rasche Entfieberung und Abstossung der Beläge darboten, dauerte doch in der Regel das Fieber weiter, ja erfuhr oft erhebliche Steigerungen, und die Beläge breiteten sich vielfach noch weiter aus. Die Prognose der injicierten Fälle richtet sich im grossen Ganzen nach dem Allgemeinzustand; bessert sich dieser bald nach der Injektion, so wird selbst bei hohem Fieber und anhaltenden Belägen ein ungünstiger Ausgang nicht leicht vorkommen

Anders dagegen liegen die Verhältnisse bei Croup; hier bleibt der lokale Prozess das Wichtigste, der Allgemeinzustand das Unwesentlichere Hierbei zeigte das Serum gerade einen günstigen Einfluss vorwiegend auf die Erscheinungen von Seiten des Larynx. Bei frühzeitiger Injektion kam es nicht zur Ausbildung von Stenose, der Crouphusten verlor sich rasch. Dies wurde in 8 Fällen beobachtet. In 1 Falle von Diphtherie und Croup bei einem 3jährigen Kinde, welches schon stenotische Erscheinungen bei der Injektion darbot, wurde die Tracheotomie nötig, die Heilung erfolgte dann rasch. 3 Fälle jedoch, in welchen die Behand-

lung erst einsetzte, als die Stenose schon zu weit vorgeschritten war, endeten letal, ebenso 3 Diphtheriefälle septischer Natur.

Bei den injicierten Croupfällen liess sich häufig ein erheblicher Anstieg der Temperatur bald nach der Injektion konstatieren, bei gleichzeitig bedeutender Besserung im ganzen Krankheitsbild, Verschwinden des Crouphustens und Umwandlung desselben in katarrhalischen Husten. Diese im Anschluss an die Injektion anftretende Temperaturerhöhung beim Croup fasst Verf. als ein sehr günstiges und prognostisch wichtiges Symptom auf. Fast immer findet dabei eine ganz profuse Schweisssekretion statt, und die Entfieberung lässt dann nicht mehr lange auf sich warten, die Heilung erfolgt rasch. In dieser Schweisssekretion haben wir wohl eine ganz spezifische Wirkung des Serums zu erblicken.

In jedem Falle ist nur eine einzige Injektion erforderlich, bei der 4—6 ccm bei kleineren Kindern, 8—10 ccm bei älteren Kindern verwendet werden; hilft diese Menge nicht, so thun dies auch wiederholte Injektionen nicht. Nur bei Recidiven, die bisweilen eintreten, muss nochmals injiciert werden. Von ernsteren Nachkrankheiten hat Verf. selbst in den schweren Fällen nichts beobachtet, und er glaubt, dass gerade die Nachkrankheiten viel seltener auftreten, als man seither bei dem Behring'schen Serum zu sehen gewohnt war.

Das Serum muss von Rekonvaleszenten gewonnen werden, welche die Erkrankung spontan durchgemacht haben, sie dürfen daher nicht injiciert worden sein, ihre Behandlung muss vielmehr eine indifferente gewesen sein. Klautsch, Halle a. S.

Über Diphtherieagglutination und Serodiagnostik. Von Bruno. (Berl. klin. Wochenschrift. 1898, No. 51.)

Neuere Untersuchungen des letzten Jahres haben gelehrt, dass wir in der spezifischen agglutinierenden Eigenschaft der Blutsera ein neues biologisches Phänomen von zwiefacher Bedeutung kennen gelernt haben: die erste bakteriologisch-wissenschaftliche Bedeutung liegt in der Differenzierung der Bakterien durch das Serum experimentell infizierter Tiere, die zweite praktisch-klinische in der Diagnostik von Infektionskrankheiten durch das Serum des Patienten. Da wo Agglutination sich findet, findet sie sich sowohl bei der natürlichen Immunisierung durch Überstehen der Krankheit, als auch bei der künstlichen durch Inoculation mit dem spezifischen Virus, und der Serodiagnostik der Infektionskrankheit entspricht eine Serodiagnostik der Bakterien. Am genauesten studiert ist das Phänomen bis jetzt beim Typhus und hat hier auch die grosse Zahl der Veröffentlichungen den hohen praktischen diagnostischen Wert der Pfeiffer-Gruber-Widal'schen Reaktion bewiesen. Da bei der Diphtherie das Auftreten der agglutinierenden Kraft des Serums bis jetzt noch nicht sicher gestellt ist, hat Verf. diesbezügliche eigene Untersuchungen angestellt, und hat versucht, einmal die Agglutination an dem Serum experimentell inficierter Tiere den Immun- und Heilserumwert zu konstatieren, und dann durch gleiche Untersuchungen am Serum Diphtheriekranker die Frage einer klinischen Serumdiagnose der Diphtherie zu prüfen. Die Re-

sultate dieser Untersuchungen stimmen, wenngleich sie auch in einigen Punkten wesentlich von den Nicolas'schen abweichen, jedoch mit denselben darin überein, dass auch sie kein einheitliches Ergebnis lieferten. Verf. fasst seine Ergebnisse zusammen in folgende Sätze:

Agglutination lässt sich sowohl an dem Serum Diphtheriekranker, als am künstlichen Immunserum nachweisen; die Spezifizität der Erscheinungen ist eine bedingte. Ihr Vorkommen ist nicht konstant für alle Diphtheriekulturen und Diphtheriesera. Eine klinische Serumdiagnose ist infolge dessen unmöglich.

Eine Trennung von Diphtherie- und Pseudobacillen mit Hülfe der spezifischen Immunitätsreaktion gelingt nicht.

Das reine unverdünnte Diphtherieserum besitzt in vitro geringe entwicklungshemmende aber keine baktericiden Eigenschaften auf Diphtherie- und Pseudodiphtheriebacillen. Klautsch, Halle a. S.

Behandlung der tuberculösen Peritonitis mit Röntgenstrahlen. Von Jusset und Bedart. (Echo med. du Nord Nr. 461, 1898 — Klinisch-therapeutische Wochenschrift Nr. 1, 1899).

J. und B. berichten über einen Fall von chronischer, tuberculöser Peritonitis bei einem 4jährigen Mädchen, bei welchem wiederholte Punktionen, Laparotomie, eine grössere Anzahl von Creosotclysmen, Ueberernährung u. s. w. angewendet worden waren und trotzdem die Flüssigkeit sich immer bildete, ja noch mehr, die peritonealen Erscheinungen zunahmen, indem neue, anfangs nicht vorhandene, harte knollige Massen sich bildeten, die immer mehr zunahmen. Als Verff. sich entschlossen, die Röntgenstrahlen versuchsweise anzuwenden, konnte man mehrere kleine, peritoneale flache Knoten fühlen, welche dafür sprachen, dass die fibröse käsige Umwandlung bevorstehe. Auf tägliche Anwendung der Röntgenstrahlen bei einer Entfernung von der Haut von 13 cm mit Röhren von starker Intensität bildeten sich die Erscheinungen allmälig zurück und trat vollständige Heilung ein. Bemerkenswert ist, dass nach 50maliger Anwendung der Röntgenstrahlen in einer Dauer von 30 Minuten in den letzten 25 Sitzungen und einer Entfernung von 13 cm keine Spur von Dermatitis auftrat. Die den Röntgenstrahlen ausgesetzte Gegend zeigte nur eine starke Pigmentierung, die noch jetzt, 3 Monate nach der letzten Sitzung, deutlich wahrnehmbar ist. Von dem ersten Momente der Anwendung der Röntgenstrahlen begann der Ascites sich zu resorbieren, die Bauchwand wurde wieder geschmeidig, die harten, knolligen Massen verschwanden, das Allgemeinbefinden besserte sich zusehends. Jede andere Behandlung wurde mit Beginn der Röntgenstrahlentherapie ausgesetzt. Wohl kommen auch spontan Heilungen von tuberculöser Peritonitis vor, es muss aber zugegeben werden, dass in diesem Falle keinerlei Neigung zur Heilung bestand, so dass alle Aerzte, die den Fall gesehen hatten, eine schlechte Prognose gestellt hatten. Man darf demnach mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen, dass der glückliche Ausgang auf Rechnung der Einwirkung der Röntgenstrahlen zu setzen ist.

Dr. Goldbaum-Wien.

Akute Gastro-Enteritis der Säuglinge. Von Lesage. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift No. 49, 1898.)

In der Sitzung der Société médicale des hôpitaux in Paris vom 28. November 1898 besprach L. auf Grund von 770 Fällen eigener Beobachtung die akute Gastro-Enteritis der Säuglinge. Insbesondere waren es die Monate August und September 1898, in welchen diese Erkrankung sehr stark wütete und eine Mortalität verursachte, die schon seit langem nicht beobachtet wurde. Auffällig aber war, dass sowohl die städtische als auch die Spitalsstatistik eine ansehnliche Anzahl von Todesfällen von Gastro-Enteritis aufweist bei Kindern, die entweder an der Brust oder mit sorgfältig sterilisierter Milch genährt wurden. Eine genaue Untersuchung hat zunächst ergeben, dass bei der Ernährung dieser Kinder keine Fehler begangen worden sind, so dass die Frage entsteht, warum diese Kinder während der grossen Hitze und Stürme zu Grunde gegangen sind? Dafür lassen sich 2 Hypothesen aufstellen: entweder handelt es sich 1. um die Gegenwart von Toxinen in der sterilisierten Milch, oder aber 2. um eine Veränderung des Darmgleichgewichtes unter dem Einflusse der Hitze oder der Stürme, eine Veränderung, welche auch auf die Eigenschaften der Bakterien und auf die Zunahme der toxischen Eigenschaften der eventuell im Darme befindlichen Gifte zurückzuführen ist. Was die erste Hypothese betrifft, so wäre es wohl möglich, dass in der Zeit zwischen Melken und Sterilisierung Toxine sich bilden, welche durch die Erhitzung der Milch nicht zerstört werden. Dieser Annahme widersprechen aber die Thatsachen, dass bei der genauesten Untersuchung keinerlei Toxine in der Milch gefunden werden konnten. Es bleibt daher nur die 2. Annahme, dahingehend, dass die Wärme oder die Stürme die biologischen Verhältnisse des Darmes verändern. Dafür spricht z. B. die Thatsache, dass im August 5 Brustkinder Enteritis bekamen, genau während der Temperaturzunahme und dieselbe verloren in dem Moment der Temperaturabnahme. Auch hat L. beobachtet, dass Stürme einen schlechten Einfluss auf die Säuglinge ausüben. Eine Erklärung für diese Erscheinung liegt nicht vor. Die Thatsache aber steht fest, das Luftveränderungen bei an Enteritis erkrankten Kindern einen günstigen Einfluss haben.

Was die Behandlung betrifft, so ist entschieden die Wasserdiät das wirksamste Mittel bei dieser Erkrankung. L. hat in 113 Fällen die Wirkung dieser Diät in Bezug auf das Fieber, das Körpergewicht und die Beschaffenheit der faecalen Massen genau studiert. In den leichten und mittleren Fällen mit Fieber von 38—38,5°, 5—10 Stühlen, Gewichtsabnahme von 20—40 g täglich, führte die Wasserdiät innerhalb zweier Tage zur Heilung. Die Wirkung auf die Diarrhöe ist nicht sehr auffällig. Die Quantität der Stühle nimmt in 4—5 Tagen ab, aber an Stelle der grünen tritt die gelbe Farbe, das Fieber fällt innerhalb 24 Stunden ab und auch das Körpergewicht beginnt zumeist zuzunehmen. In intensiven Fällen mit Temperaturen von 39—40°, 10—15 Stühlen, Gewichtsabnahme von 40—100 g täglich, tritt die günstige Wirkung nicht so häufig ein. Von 10 Kindern zeigten nur 2 eine evidente Besserung. Diese hängt von dem Grade der Intoxication ab. Die Wasserdiät vermag nur eine neuerliche Intoxication zu verhüten, auf die bereits statt-

gefundene aber kann sie nur wenig Einfluss ausüben, da die Toxine nicht im Blute bleiben, sondern sich rasch in den Organzellen fixieren. Die Wasserdiät kann höchstens 48 Stunden fortgesetzt werden, dann aber muss man entweder zur Brust oder, wenn dies nicht möglich, zur sterilisierten Milch übergehen. Die zu verabreichende Milchmenge darf nicht nach dem Alter des Kindes, sondern muss nach seinem Körpergewichte bemessen werden, so z. B. darf ein dreimonatliches Kind, welches 3 kg wiegt, nicht dieselbe Milchmenge erhalten, wie ein gleichalteriger Säugling, der 5 kg wiegt. Was geschieht nun, wenn man nach 48stündiger Wasserdiät einem Kinde plötzlich die seinem Gewicht entsprechende Menge Milch verabreicht? Ist die Intoxication eine leichte und kurzdauernde, so kann die plötzliche Wideraufnahme der Milchnahrung von guten Folgen sein, wenn aber die Intoxication noch nicht beendet und der Darmherd noch nicht ganz erloschen ist, kann die plötzliche Wiederaufnahme der Milchnahrung zu Recidiven führen. Am besten hat sich folgendes Verfahren bewährt: Nach Ablauf von 48 Stunden wird am 3. Tage früh und abends reine, sterilisierte Milch gegeben, während der übrigen Tageszeit Wasser. Am 4. Tage 3 mal Milch, den Rest des Tages Wasser und so fort, bis zur vollständigen Milchnahrung. Wenn die Wasserdiät nicht zum Ziele führt, so kann man dieselbe 3 oder 5 Tage später wieder versuchen, natürlich muss man dann mit grosser Vorsicht vorgehen. Man kann auf diese Weise selbst hartnäckige Fälle von Gastro-Enteritis langsam zur Heilung bringen.

Dr. Goldbaum, Wien.

Über Tonsillitis follicularis der Neugeborenen. Von S. Eröss (Ung. med. Presse No. 8, 1898.)

Bei 22 Neugeborenen hat E. Tonsillitis follicularis beobachtet, von welchen 2 erst einen und 2 zwei Tage alt waren. Der Anfang der Erkrankung fiel in 9 Fällen auf den 3., in 4 Fällen auf den 4., in 4 Fällen auf den 5. und in einem Falle auf den 7. Tag. Als disponierendes Moment muss die Empfindlichkeit der Rachenschleimhaut angesehen werden; diagnostisch kommen in erster Reihe die lokalen Zeichen in Betracht, welche nicht so augenfällig sind, wie bei der Tonsillitis follicularis der ältern Kinder und der Erwachsenen. Das Exsudat erscheint zumeist in der Form kleiner, Stecknadelkopf-, seltener linsengrosser Knötchen, die anfangs weiss sind, später gelblich werden. Ihre Zahl betrug auf einer Mandel selten mehr, als 5—6; confluierende Plaques hat E. nicht beobachtet. Nach 1—3 Tagen stösst sich das Exsudat gewöhnlich ab, die Schleimhaut erblasst und bekommt wieder ihr normales Ansehen. Respirations- und Schlingbeschwerden fehlten. Von den 22 Fällen trat nur bei 11 Neugeborenen durch 1—1½ Tage Fieber auf. Im Allgemeinen zeigte das Befinden der Kinder keine auffallende Veränderung. Die mikroskopische Untersuchung des Exsudates ergab, dass es aus Fibrinstreifen bestand, zwischen welchen Epithelium, Detrituskerne, Bakterien und eine geringe Menge Leukocyten eingebettet waren. Die Therapie ist belanglos.

Dr. Goldbaum, Wien.

Zur Würdigung der Magenverdauung im Säuglingsalter. Von H. Wolf und J. Friedjung. Aus der Kinderspitalabteilung und Ambulanz d. allg. Poliklinik in Wien. (Arch. für Kinderheilkunde XXV. Bd. 3. und 4. Heft 1898.)

Die Verff. unternahmen es, die Leistungen des Säuglingmagens in den verschiedenen Magendarmerkrankungen und zum Vergleich in gesundem Zustand zu studieren. Sie heberten zu diesem Zwecke den Magen aus und untersuchten nach verschiedenen Richtungen hin. Die gewonnene Flüssigkeit wurde gemessen, makroskopisch beschrieben, dann filtriert und nach folgenden Gesichtspunkten verarbeitet: 1. Reaktion. 2. Freie Säure (Congopapier). 3. Salzsäure (n. Günzburg). 4. Milchsäure (n. Uffelmann). 5. Gesamtacidität (Titrierung mit $^1/_{10}$ Normalkalilauge). 6. Pepsin (Fibrinprobe). 7. Labenzym (n. Boas). 8. Buttersäure (Chlorcalciumprobe). 9. Essigsäure (Eisenchloridprobe). 10. Amylum. 11. Eventl. Produkte der Eiweissverdauung.

I. Akute Dyspepsie. 32 Fälle. Fast stets saure Reaktion, niemals alkalische, auch nicht bei Beimengung von Galle. In der Hälfte freie Säure, doch nur zweimal freie Salzsäure — unabhängig von der Verdauungsphase. Labenzym war 11 mal ausreichend vorhanden, ohne dass das Alter des Kindes eine Rolle dabei spielte, jedoch stets bei saurer Reaktion. Pepsin war 13 mal in ausreichender Menge nachweisbar, 5 mal gleichzeitig Labenzym. Milchsäure wurde 10 mal gänzlich vermisst.

II. Gastro-Enterocatarrhus acutus. 37 Fälle. Öfters neutrale Reaktion, selten freie Salzsäure, vorwiegend im nüchternen oder fast entleerten Magen, nicht abhängig von dem Alter, aber vielleicht von der Konstitution des Kindes. Milchsäure wurde in mehr als der Hälfte der Kinder vermisst. Diese steht in einem gewissen Verhältnis zum Salzsäurebefunde, indem sie im Beginne der Verdauung steil ansteigt, 1 Stunde nach der Nahrungsaufnahme ihre Kuppe erreicht, um dann allmählich abzusinken. Nach ihrer Resorption tritt dann erst die Salzsäure auf. Das häufige Fehlen der Milchsäure wird auf die Nahrungsbeschaffenheit geschoben. Labenzymprobe 18 mal vollständig in jeder Verdauungsphase und in jedem Alter ohne Abhängigkeit von der sauren Reaktion. 12 mal genügend Pepsin ohne nachweisbare Abhängigkeit von der Reaktion.

III. Enteritis follicularis. 3 Fälle. Allemal stark saure Reaktion, hohe Gesamtacidität, niemals freie Salzsäure, stets Milchsäure, niemals Labenzym, 1 mal Pepsin.

IV. Cholera infantum. 5 Fälle. Saure Reaktion dort, wo Milchsäure nachweisbar; freie Salzsäure fehlt. Auch dies darf nicht als typisch aufgefasst werden, da in einer jüngsten Untersuchung freie Salzsäure sehr leicht nachweisbar war. 3 mal Labenzym, sowohl im leeren, als auch im gefüllten Magen. 4 mal Pepsin.

V. Chronische Verdauungserkrankungen. 25 Fälle. 9 mal freie Säure, darunter 4 mal freie Salzsäure. 12 mal genügend Labenzym, 8 mal genügend Pepsin. Ein begünstigendes Moment für die positiven Befunde konnte nicht ausfindig gemacht werden.

VI. Gesunde Säuglinge. 4 Fälle. Inhalt des nüchternen Magens (3 Stunden nach der letzten Nahrungsaufnahme) neutral und nach allen Richtungen hin negativer Befund. Während der Verdauung saure Reaktion durch Anwesenheit von Milchsäure. Auch hier keine freie Salzsäure, Labenzym und Pepsin. Dies beweist, dass die Sekretion der „normalen" Verdauungsfermente grossen Schwankungen unterliegt.

Die Verff. kommen zu folgenden Schlusssätzen:

1. Die Magenverdauung im Säuglingsalter scheint für die Assimilation der Nahrung von untergeordneter Bedeutung.

2. Aus dem Fehlen oder Vorhandensein der normalen Sekretionsprodukte des Magens ist beim Säuglinge ein sicherer Schluss auf seine Verdauungsthätigkeit nicht zulässig.

3. Der Befund der Magensekretion bezw. Verdauung liefert bei den verschiedenen Verdauungskrankheiten der Säuglings keine charakteristischen Bilder.

4. Als sicher pathologisch ist blos die motorische Insufficienz, Hand in Hand damit eine über die normale Magenverdauungszeit hinaus währende Milchsäuregährung und vermutlich auch der Nachweis flüchtiger Fettsäuren anzusehen.

Die Verff. sprechen sich zum Schluss noch gegen das kritiklose Verschreiben der Salzsäure aus, welchen auch dann noch nicht genügend gerechtfertigt ist, wenn es sich auf die Analyse einer Probemahlzeit ohne Berücksichtigung der sonstigen klinischen Erscheinungen stützt.

Köppen-Norden.

Die Schädlichkeit der pasteurisierten Milch. Von Koplik. (Journal de Médicine de Paris, No. 37, 1898.)

K. ist gegen die Anwendung der pasteurisierten Milch als Nährmittel kleiner Kinder. In der Milch aus sogenannten Mustermeiereien findet man stets Keime. Die Milch, welche in den Städten grösstenteils zum Ernähren der Kinder gebraucht wird, ist eine solche, die ausser den nicht selten darin vorkommenden Infektions-Mikroben der Tuberkulose, Diphtherie, des Typhus und Scharlach noch besondere Bakterien enthält, die man stets zu erkennen vermag. Und das sind jene Bakterien, welche man als die Erreger der gastro-intestinalen Störungen der Kinder ansehen muss. Diese deletären Bakterien werden aber durch die übliche Pasteurisation nicht zerstört.

Unter dem Genusse der pasteurisierten Milch sieht man bei Kindern eine Reihe sehr bestimmt ausgesprochener Erscheinungen auftreten, die K. unter dem Namen einer »Milchvergiftung« zusammenfasste. Am häufigsten tritt zu allererst ein intestinales pathologisches Symptom auf. Die Kinder haben statt eines oder zweier Stühle deren fünf bis sechs; anfangs sind letztere gelb, krümelig und riechen sauer, oder sie sind grünlich und von widerlichem Geruch. Das Kind ist unruhig, hat Anfälle von Kolik und fiebert. In andern Fällen treten bei Kindern, die sich bei 3 –4 Stühlen scheinbar wohl befinden, zahlreiche grüne Stühle

ein von sehr unangenehmen Geruch, sehr sauerer Reaktion, und nach einer Dosis Rizinusöl kehrt das Befinden des Kindes zur Norm zurück. In noch anderen Fällen haben die Kinder drei bis vier normale Entleerungen und Tags darauf einen halbflüssigen, sehr sauren und widerlich riechenden Stuhl. In der Folge werden die Kranken sehr blass. Bei manchen Kindern sind die Stühle bloss vermehrt, Farbe und Geruch sind normal, aber die Entleerungen sind flüssiger, als sie sein sollen und die Kinder nehmen an Gewicht nicht zu. Am Abend stellt sich gewöhnlich eine Erhöhung der Temperatur ein. In allen diesen Fällen besteht die Behandlung in nichts anderem als darin, die pasteurisierte Milch durch die sterilisierte zu ersetzen, doch darf die Sterilisierung bei einer Temparatur von 100° nicht länger als 10 Minuten dauern; dann lässt man die Milch erkalten, konserviert dieselbe auf Eis oder einem Kühlapparat unter 20°.

Goldbaum, Wien.

Die einfachste Nabelbehandlung bei Kindern und ein neues Reponierungsverfahren für eingeklemmte Hernien. Von Schliep. (Therap. Mon. 1898. Heft 9).

Da Verf. bemerkte, dass nach der Abnabelung jede auch noch so einfache Umwickelung des Nabelschnurrestes einer schnellen Eintrocknung hinderlich ist, so umhüllt er den Rest gar nicht, sondern bepinselt ihn nur mit 2–5% Argentumlösung; die Mumifikation erfolgt dann in 1 bis 2 Tagen. Ist die Nabelschnur nicht am 3. Tage abgefallen, so wird sie mit der Schere abgetragen, nur ein kleines Stückchen der mumifizierten Teile lässt man stehen. Stets markiert sich schon die Lösungsstelle, nässend lockert sie sich; es wird Formalingelatinepulver aufgestreut und über die kleine Hervorragung in Salicylcollodium getauchte Watte gelegt. Nach Verlauf von einigen Tagen wird dieser 1. Collodiumverband leicht mit dem Nabelschnurrest entfernt, die granulierende Stelle mit dem Arg. nitr.-Stift betupft, dann wieder Collodiumverband, denn er verhindert die Bruchbildung resp. hält den Bruch am einfachsten und sichersten zurück.

Wegen seiner Einfachheit und seiner ausserordentlich komprimierenden Wirkung ist der Collodiumverband für eine Anzahl von Brüchen zu empfehlen.

Die Behandlung eingeklemmter Brüche vermittels desselben lehnt sich an die Aetherbehandlung, es kommt noch die Kompressionswirkung des Collodiums hinzu. Die Technik ist einfach. Rasiere, wo es nötig ist, giesse alsdann ca. 50 g Collodium in eine Untertasse, tauche hierein eine dünne Schicht Watte etwa von der Grösse eines Handtellers, diese lege auf die Bruchstelle, drücke sie mehrmals leicht der Haut an, tränke sie noch einmal mit dem letzten Rest Collodium. Die bald eintretende, ganz gleichmässige Kontraktion in Verbindung mit der Aetherwirkung leistet mehr als die manuellen Taxisversuche.

Bleibt der Verband ohne Erfolg, so fühlt sich der Patient bis zur Operation besser, wenn er mit einem Collodiumverband versorgt ist.

Schnell, Egeln.

Verband bei Oberarm-Fraktur. Von Köppen. (Zeitschr. f. prakt. Ärzte 1898 Nr. 19.)

Für Brüche des Oberarms im chirurgischen Halse und in der Nähe desselben empfiehlt K. eine von Aikins angegebene Schiene, bei der die Extension in einfacher Weise erreicht wird: Ein einige Centimeter breites Bandeisen wird mit der Hand so geformt, dass es von der Brust aus im Bogen über die Schulter des gebrochenen Armes — ohne diesem direkt anzuliegen — an der äusseren hinteren Seite des Armes hinab bis unterhalb des Ellenbogengelenkes verläuft, von wo es nach einwärts gegen die Mittellinie gebogen wird, so dass es unter dem im rechten Winkel stehenden Vorderarme herläuft. Die vorher ausgepolsterte Schiene kann mit Heftpflasterstreifen befestigt werden. Auf den Unterarm kann man eine muldenförmig gebogene Schiene legen und auch das Bandeisen heranziehen. Gegen Rosten überziehe man die Schiene mit verflüssigtem Paraffin.

Zu bemerken ist noch, dass der obere Schenkel der Schiene mindestens so lang sei, dass er ebensoweit unterhalb der Clavicula reiche, als oberhalb derselben. Man passe ihn den Umrissen der Schulter — in einer Entfernung überall von 2—3 cm — genau an und drehe die mediane Kante des Bandeisens genügend nach aufwärts, damit sie nicht drückt. Die Polsterung auf der Brust muss insbesondere wegen der dort liegenden Clavicula eine genügend starke und wegen des anzuhaltenden Zuges eine feste sein. Die Länge des Mittelstückes werde nicht zu kurz genommen, damit der Vorderarm dem unteren Schenkel nachher nicht anliege. Dieser reiche am besten bis über das Handgelenk hinaus, um letzterem als Stütze zu dienen. Beide Schenkel kommen annähernd in eine Ebene zu liegen.

Die Aikins'sche Schiene scheint besonders für kindliche Oberarmbrüche wertvoll zu sein. Für das kindliche Alter ist die Befestigung der Schiene durch Binden derjenigen durch Heftpflasterstreifen vorzuziehen.

Schnell, Egeln.

Angeborene Knickung des Femur beiderseits. Von J. B. Ranneft, (Zeitschrift für orthopädische Chirurgie, V. Band).

Ein sechsmonatlicher, sonst vollkommen wohlgebildeter Knabe zeigt bei normaler Beweglichkeit der Extremitäten eine wesentliche Verkürzung der Oberschenkel gegenüber den Unterschenkeln und der übrigen Körperlänge. Ca. 3 cm unterhalb des Troch. maj. zeigt je ein flaches Hautgrübchen eine Verwachsung der Haut mit dem Periost des Femur an. Diese Narbe korrespondiert mit dem Gipfel einer leichten Einknickung der Diaphyse des Femur. Keine Schmerzen. Messung ergiebt eine ungefähre Verkürzung von rechts um $3^1/_2$, links um $1^1/_2$ cm. Das Kind hat ausserdem eine partielle Gaumenspalte und zwei Leistenbrüche.

Die Anamnese giebt keinen Fingerzeig. Die älteren Geschwister des Kindes sind wohlgebildet. Die Geburt verlief normal, während der Schwangerschaft wirkte keinerlei Trauma auf die Mutter ein.

Die zunächst sich aufdrängende Annahme einer geheilten Infraktion findet an der Anamnese keine Stütze; sie könnte sicherlich nur durch ein ganz bedeutendes Trauma entstanden sein.

Die Hautnarbe macht es wahrscheinlich, dass durch ein räumliches Missverhältnis zwischen Fötus und Amnionhöhle eine Verwachsung zwischen beiden entstanden ist, die an den Extremitäten zerrte und später zerriss. Die anderen an dem Kinde vorgefundenen Anomalien machen diese Annahme eines allgemein wirksam gewesenen Agens glaubhaft. Friedmann, Beuthen O.-S.

Das Airol, seine Anwendung in der Chirurgie und insbesondere bei der secernierenden Otitis media. Von Christiani. (Suppl. al Policlin. 1898. Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1898.)

Ch. hat auf Grund seiner reichen Erfahrung gefunden, dass das Airol in der chirurgischen Praxis ein vollwertiger Ersatz des Jodoforms ist und wegen der Geruchlosigkeit den Vorzug vor diesem verdient. In Contact mit den Geweben nimmt das Airol in Folge der raschen Jodentwickelung eine lichtgelbe Farbe an. Es wirkt auf die Respirationsvorgänge in den Geweben in rascher und augenfälliger Weise ein. Zunächst erprobte Ch. das Airol bei den verschiedenartigsten Verletzungsformen und fand, dass es sowohl bei diesen als bei atonischen und torpiden Geschwüren, bei nässenden Hautkrankheiten, bei Rhinitis und Conjunctivitis — hier auch bei diphtheritischer —, weiter bei Abscessen und Phlegmonen, sowie bei Knochentuberkulose sehr gute Dienste leistete. Dasselbe konnte auch bei der im Kindesalter so häufigen Otitis media constatiert werden. Hier ist das Airol geradezu als souveränes Mittel zu bezeichnen, welches die früheren laugwierigen Methoden überflüssig macht, namentlich die bei Kindern schwer durchführbaren Irrigationen erspart. Bei der Airolbehandlung wird zuerst der äussere Gehörgang mit in Bor- oder Sublimatlösung getränkter hydrophiler Watte, dann mit trockener hydrophiler Watte gereinigt und dann mittelst Tampon das Airol eingebracht. In Fällen, wo die Kinder das Tampon entfernen, kann man eine Salbe von

Rp. Airol 5.0
Glycerin oder Ung. simpl. 20.0

anwenden und diese auf hydrophile Watte appliciert in den Gehörgang einbringen. Dr. Goldbaum (Wien).

Gesundheitspflege.

— Hygienische Schulerziehung. Von E. Wegener. (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1898, No. 8.)

Das Ideal der Erziehung, die harmonische Ausbildung aller Kräfte, vermag die heute geltende Anlage des Unterrichts nicht zu erreichen.

Sie bildet den Geist auf Kosten des Körpers. Das Verhältnis der Turn- zu den Arbeitsstunden ist völlig unzureichend. Wie Prof. Fuchs in Lüttich nach Dürr mitteilt, kamen auf einen Schüler vom 10.—19. Jahr:

In Deutschland 20000 Arbeitsstunden auf 560 Turnstunden, in England 16000 Arbeitsstunden auf 4500 Turn- und Spielstunden. Dieses Missverhältnis zwischen körperlicher und geistiger Schulung findet seinen Ausdruck in dem Überhandnehmen von Blutarmut, mangelhafter Entwicklung des Muskel-, Überreizung des Nervensystems, Kurzsichtigkeit u. s. w.

Eine naturgemässe Entwicklung unserer Schuljugend kann nur erreicht werden bei Gleichberechtigung der körperlichen und geistigen Erziehung in der Weise, dass der Vormittag der geistigen, der Nachmittag der körperlichen Erziehung gewidmet wird. Das Turnen muss täglich geübt und durch Jugendspiele ergänzt werden. Die hier und da bereits eingeführten Schulbrausebäder, die abgesehen von ihrer sanitären Bedeutung den Sinn für Reinlichkeit und Ordnung wecken, müssen verallgemeinert werden. Als obligatorischer Unterrichtsgegenstand müsste weiterhin das Schwimmen aufgenommen werden, das gymnastisch in gleicher Weise wie hydriatisch die Funktionen des Körpers anregt, wie keine andere Leibesübung.

Mehr Beachtung als bisher verdient ferner die Einrichtung von Schulwanderungen. Sie gewährleisten den längeren Aufenthalt im Freien und wecken die Liebe zur Natur. Ein ähnliches Ziel verfolgt die Pflege des Schulgartens, wie sie in Österreich, der Schweiz und in Schweden eingeführt ist.

Um richtige Vorstellungen über die Bedingungen eines gesundheitsgemässen Lebens zu bilden, müsste die Schulhygiene als Lehrgegenstand aufgenommen werden. Friedmann-Beuthen.

Rezensionen.

Medizinal-Kalender und Rezept-Taschenbuch für 1899. Herausgegeben von Dr. H. Lohnstein. Berlin, Oskar Coblentz. Preis 2 Mark.

Kalender für Frauen- und Kinderärzte für 1899. Herausgegeben von Dr. Eichholz und Dr. Sonnenberger. Kreuznach, Ferd. Harrach. Preis 2 Mark 50 Pf.

Der L.'sche Medizinalkalender erfreut sich unter den praktischen Aerzten einer grossen Beliebtheit. Er ist sehr handlich und enthält ausser den gewöhnlichen Kalender-Beigaben noch eine Anzahl wichtiger und interessanter Aufsätze, so die Behandlung der Gonorrhoe, diejenige geistig zurückgebliebener Kinder, praktische Bemerkungen zur Behandlung der Frakturen u. s. w. —

Auch der „Kalender für Frauen- und Kinderärzte" erfreut sich einer stets wachsenden Verbreitung und grossen Anerkennung seitens der Kritik. Er ist gegen früher handlicher geworden und enthält eine Reihe von trefflichen Aufsätzen aus dem Gebiete der Frauen- und Kinderheilkunde. Wir nennen von letzteren: Die Sprachstörungen der Kinder von Liebmann, zu Kenntnis des Abdominaltyphus im Kindesalter von Schmey, dermatotherapeutische Notizen von Saalfeld u. s. w.

Die Hyperplasie der Rachentonsille und die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums. Von Dr. Gustav Abeles. Medic. Bibliothek No. 136—138. Leipzig, C. G. Naumann, 1898. Preis 1 Mark 50 Pf.

Das vorliegende Werkchen ist eine der ausführlichsten Monographien über eine Reihe von Krankheitszuständen, die vorwiegend das Kindesalter betreffen und deren Folgen sich für die normale Entwickelung desselben in unheilvoller Weise geltend machen. Das eingehende Studium des Werkchens ist daher für den praktischen Arzt äusserst wichtig. S.

Leitfaden zur Pflege der Wöchnerinnen und Neugeborenen. Von Privatdocent Dr. H. Walther. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1898. Preis 2 Mark.

Für den W.'schen Leitfaden ist die beste Empfehlung das beigegebene Vorwort des bekannten Giessener Geburtshelfers Prof. Löhlein. In einer Reihe von Kapiteln giebt W. unter Berücksichtigung der notwendigen anatomischen und physiologischen Grundlagen das Wichtigste in Betreff der Pflege von Wöchnerinnen und Neugeborenen, ferner das, was sich auf die Vorbereitung gynäkologischer Operationen und auf die Nachbehandlung operierter Frauen bezieht. In erster Linie ist das Buch für Wochenpflegerinnen bestimmt. S.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— A case of progressive muscular dystrophy. Von A. Eshner. Der vorliegende Fall von progressiver Muskeldystrophie ist ein typisches Beispiel für die pseudohypertrophische Varietät. In dem „Orthopaedic Hospital and Infirmary for Nervous Disease" wurden 20 Fälle von Muskeldystrophie beobachtet, davon 18 in den Jahren 1886—96 bei einer Krankenzahl von 8666. In den meisten Fällen schien die Krankheit angeboren. Die ersten Symptome traten in der Mehrzahl im ersten Lebensjahr, bei den ersten Gehversuchen und fast stets vor dem 10. Jahre hervor. Das männliche Geschlecht war 16 mal, das weibliche 4 mal betroffen. In mehreren Fällen waren die Kinder erblich belastet, (Tuberkulose, Alkoholismus, Paralyse, Wahnsinn); einige Fälle betrafen mehrere Kinder derselben Familie. 11 mal gingen dem Auftreten der Symptome akute Infectionskrankheiten vorher, ohne dass ein Zusammenhang zwischen diesen und der Dystrophie in ätiologischer Beziehung

nachweisbar war. Mehrmals lag eine Geburtscomplication und Anwendung von Instrumenten bei der Entbindung, in anderen Fällen Traumen z. B. Fall auf den Rücken vor. Bei der schwarzen Race scheint die Krankheit selten aufzutreten. — Verf. ist der Ansicht, dass sehr wahrscheinlich die Krankheit und ihre Entwickelung von einem embryonalen Defect abhängig ist. (The. Phil. Polycl. 1898.) v. Boltenstern (Bremen).

— Über Vaccine-Blepharitis berichtete in der medizinischen Gesellschaft zu Giessen Vossius am 7. Juni 1898, indem er ein 2jähriges Mädchen vorstellte, welches 3 Tage nach der Impfung von einer einem Hordeolum-ähnlichen Lidrandentzündung befallen wurde. Es kam zu einer hochgradigen Schwellung und Rötung beider Lider des rechten Auges; am oberen und unteren Lide war die äussere Hälfte des Lidendes von einem unregelmässigen diphtheritischen Geschwür eingenommen; die Hornhaut war intakt. Das diphtheritische Geschwür heilte unter einem mit Nosophen-Vaseline bestrichenen Verband innerhalb 8 Tagen ab. Die Wimpern fielen sämtlich aus und wuchsen auch nicht wieder nach.

In derselben Sitzung stellte V. einen Fall von Cojunctivitis crouposa bei einem acht Monate alten Kinde vor. In diesem Falle konnten Loeffler'sche Bacillen nachgewiesen werden. Der Verlauf der Heilung wurde durch Injektion von Heilserum günstig beeinflusst, da darnach die Membranbildung auf der Bindehaut aufhörte. (Deutsche medizinische Wochenschrift 1898, No. 34.) Schmey, Beuthen.

— Pemphigus vulgaris und Pemphiguskachexie. Von Kreibich. In der Sitzung des Wiener mediz. Clubs vom 30. Nov. 1898 stellte K. einen 12jährigen Knaben mit Pemphigus vulgaris und P.-kachexie vor. Die Hautaffektion begann vor 4 Monaten am Halse und verbreitete sich in unregelmässiger Anordnung über den ganzen Körper. Es bildeten sich fortwährend in Attaquen ohne Fieber auf der Haut erythemartige Efflorescenzen, welche in wenigen Stunden zu Blasen mit serösem Inhalt wurden, die bald platzten und sich mit einem eitrigen Belag bedeckten. Dann erfolgte allmälig Überhäutung, wobei die befallenen Stellen zuerst Hyperämie und dann Pigmentierung zeigten. Die Schleimhäute sind bei dem Kranken intakt, das Allgemeinbefinden ist erheblich gestört.

In derselben Sitzung führt K. ein junges Mädchen mit einem chronischen Pemphigus circinnatus vor. Die Affektion besteht hier seit 2 Jahren; um eine Blase entstehen in kreisförmiger Anordnung neue Blasen, während das Centrum unter Pigmentierung abheilt.

Dr. Goldbaum, Wien.

Receptformeln für die Kinderpraxis.*)

Rp.

Extract. Filic. mar. recent. parat. 3,0—5,0

Rp.

Apomorphin. mur. 0,02
Codein phosphoric. 0,01

*) Obige Receptformeln sind dem soeben erschienenen Werk: „Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten“ von Docent Dr. A. Neumann, (Berlin, O. Coblentz) entnommen.

Electuar. e Senn. 15,0—30,0
DS. in $^1/_2$ Stunde nüchtern in Pflaumenmus z. n.
Taenien.

Rp.
Hydrargyr. cyanat. 0,01
Aq. destillat 100,0
Glycerin. 10,0
MDS. stdl. 1 Thee- bis 1 Kinderlöffel.
Diphtherie.

Rp.
Kal. jodat.
Natr. bicarb.
oder Chlor. hydrat. aa. 1,0.
Aq. destillat 80,0
Syr. Rub. Id. 30,0
MDS. 2—3 stündlich 1 Thee-1 Kinderlöffel
Asthmatischer Anfall.

Ac. mur. 0,2
Aq. destillat 100,0
MD. ad vitr. nigr. S. 2—3 stdl. 1 Kinderlöffel
Bronchitis acuta (3. Lebensjahr).

Rp.
Inf. rad. Ipecac. (0,1): 100,0
Extract Belladonn. 0,02
DS. 2—4 stdl. 1 Theel.
Bronchitis acuta (Ende des 1. Lebensjahres).

Rp.
Formalin 10,0
Aq. destillat 100,0
DS. 1 Essl. aut 1 Liter Wasser, zur Irrigation.
Vulvovaginitis.

Kleine Mitteilungen.

Ein von Dr. Goldberger in Wien gestifteter Preis im Betrage von 750 fl. ist durch die Gesellschaft der Ärzte in Wien zur Ausschreibung gelangt. Das Thema lautet: „Ueber digestive Wirkungen von Mikroorganismen mit Rücksicht auf die Verdauung des Menschen." Um den Preis können Ärzte aus Österreich und Deutschland konkurrieren. Die Einsendung der mit Motto versehenen Arbeiten hat bis 15. Mai 1900 an das Präsidium der genannten Gesellschaft zu erfolgen.

Eugallol, Lenigallol und Saligallol sind von der chem. Fabrik Knoll & Co. in Ludwigshafen hergestellte neue Pyrogallolderivate, von denen für die Kinderpraxis hautsächlich das Lenigallol sehr brauchbar sein soll. Es darf als eines der besten bisher bekannten Mittel für Ekzembehandlung angesehen werden. Es stellt ein in Wasser ganz unlösliches Pulver vor und wirkt in hohem Grade juckstillend sowie austrocknend. Nach Kromayer, Veth, Bottstein u. A. sollen die hartnäckigsten Ekzeme in kurzer Zeit durch das Mittel zur Heilung gelangen. Vergiftungserscheinungen sind in mehr als 100 Fällen nicht beobachtet worden. (Receptformeln siehe Januarheft der „K.-A." d. J.).

Verlag des „Reichs-Medicinal-Anzeigers" B. Konegen, Leipzig.
Druck von Jul. Brandstätter, Leipzig.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark. direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark, zuzüglich Porto mit „Der Frauenarzt" zusammen bezogen statt 24 M. nur 20 M. direkt unter Kreuzband 21,50 M. Ausland 23 M. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Katalog No. 3940) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

X. Jahrg. **8. März 1899.** **Heft 3.**

Über Darminvagination im Kindesalter

Von

Dr. R. Koch in Nidda.

Die Invagination oder Einstülpung eines Darmteils in einen anderen ist eine wichtige und prognostisch ernste Erkrankung, die im frühen Kindesalter keineswegs selten ist, und die, wie aus einer circa 300 Fälle umfassenden Statistik Leichtensterns hervorgeht, vorzugsweise Säuglinge, resp. Kinder im ersten Lebensjahre befällt.

Am häufigsten ist wohl die Ileocoecalinvagination, also Ileum mit Coecum ins Colon ascendens, es kann aber auch letzteres umgestülpt ins Colon transversum, ja bis ins Colon descendens herabreichen, so dass mitunter das freie Ende der Invagination im Mastdarm erscheinen und selbst aus dem After heraustreten kann.

Nach der Einstülpung kommen nun 3 Darmstücke übereinander zu liegen, das äusserste, das Intussuscipiens oder Scheide und das mittlere Stück, das Intussusceptum, kehren sich die Schleimhaut, das mittlere und innerste die Peritonealfläche zu.

Das Mesenterium des Intussusceptum wird natürlich mit eingestülpt, und es entwickelt sich infolge dessen eine rasch zunehmende Behinderung der Blutzirkulation mit consecutiver Blutung aus der Schleimhaut des eingeschobenen Darmstücks. Bald zeigen sich die Symptome einer heftigen, partiellen Darmentzündung, schmerzhafte Auftreibungen, die in einzelnen Fällen als wurstförmiger Tumor an den Bauchwandungen zu fühlen sind. Im weiteren Verlauf tritt dann allgemeine Peritonitis hinzu, und ein tötlicher Collaps endet gewöhnlich das entsetzliche Leiden nach einer Krankheitsdauer von 4—8 Tagen.

Hie und da kommt wohl einmal ein Fall von Naturheilung in der Art vor, dass sich das gangränöse Darmstück losstösst und durch vorangegangene Verklebung die Kontinuität des Darmes erhalten bleibt. Doch ist dies äusserst selten, auch bleibt dann immer eine Verengerung des Darmes an der betreffenden Stelle zurück, von welcher aus wieder neue Gefahren drohen.

Gewöhnlich ist der Ausgang der, dass die meisten, auch nach Ausstossung des brandigen Darmstücks, noch nachträglich an allgemeiner Peritonitis, Darmgangrän oder Erschöpfung zu Grunde gehen.

Bezüglich der Diagnose, die gerade hier möglichst früh gestellt werden muss, treten 3 Symptome in den Vordergrund, es sind dies: Stuhlverstopfung, Erbrechen und Abgang von Blut aus dem After.

Gewöhnlich beginnt die Erkrankung ganz plötzlich mit kolikartigen Schmerzen und Erbrechen von Speiseresten, resp. Schleim und Galle, anfänglich ist der Stuhl diarrhoisch, mit Kotresten vermischt, später tritt hartnäckige Verstopfung ein und es werden unter heftigem Tenesmus nur schleimige Massen und zwischendurch reines Blut aus dem After entleert.

Das Abdomen wird gewöhnlich vom 2. Tage an tympanitisch und äusserst druckempfindlich, die Kinder bekommen ein verfallenes Aussehen, leiden an quälendem Durst, der Puls wird klein, fadenförmig, dabei tritt eine auffallend rasche Abmagerung ein.

Manchmal gelingt es, besonders so lange noch keine meteoristische Auftreibung des Abdomen vorhanden ist, die Invagination als wurstförmigen, glatten und beweglichen Tumor in der Gegend der rechten Darmbeingrube, resp. des Colon transversum zu fühlen. Reicht die Invagination bis in den Mastdarm, so kann man mit dem eingeführten Zeigefinger mitunter die Spitze des Intussusceptum erreichen.

Was die Behandlung betrifft, so muss vor allem jedes Abführmittel wegbleiben; man versuche: Eingiessungen grosser, eiskalter Wassermengen in das Rectum, Magenausspülung, leichte vorsichtige Massage des Abdomen und gebe Opium. Sollte jedoch nicht alsbald Reposition des invaginierten Darmstücks eintreten, so ist eine möglichst frühzeitige Laparotomie, die bei der heutigen chirurgischen Technik fast keine Gefahr mit sich bringt, dringend indiciert.

Bestehen dann, wie dies bei frühzeitigem Eingreifen wohl stets der Fall ist, noch keine entzündlichen Verklebungen, so gelingt es meist leicht, das invaginierte Darmstück herauszuziehen und somit durch eine

kurze und verhältnissmässig ungefährliche Operation momentan die schweren Krankheitssymptome zum Verschwinden zu bringen.

Wurde die Diagnose zu spät gestellt oder aus sonstigen Gründen zu lange mit der Operation gewartet, so werden meist schon Verwachsungen resp. durch die hochgradige venöse Stase in dem invaginierten Darmstück gangränöse Stellen entstanden sein, es müssen eventuell Darmresektionen oder sonstige komplizierte Eingriffe vorgenommen werden, die der durch die schwere Krankheit bereits geschwächte, zarte kindliche Organismus kaum ertragen dürfte.

Als äussersten Zeitpunkt für die noch Erfolg versprechende Operation nimmt man nach der übereinstimmenden Angabe verschiedener Autoren 48 Stunden an.

In nachfolgendem teile ich einen Fall aus meiner Praxis mit, wo die Diagnose frühzeitig gestellt und das 8 Monate alte Kind durch Laparotomie gerettet werden konnte.

Am 14. Juni 1895, Abends 9 Uhr, kam ein Mann aus dem Dorfe B. zu mir mit der Angabe, sein Enkelchen, ein seither sehr gesundes, kräftiges Bübchen von 8 Monaten sei seit circa 6 Tagen an Durchfall erkrankt, ohne dass das Allgemeinbefinden gestört gewesen wäre. Seit heute Abend sei das Kind plötzlich schlimmer geworden. Es schreie fortwährend vor Schmerzen, habe schon öfters erbrochen, auch sei mit den wässrig-schleimigen Entleerungen mehrmals Blut fortgegangen.

Nach dieser Beschreibung nahm ich an, es handle sich um eine katarrhal. Diarrhöe, resp. um die sog. dysenterische Form derselben.

Meine Verordnung bestand bezüglich der Diät in theelöffelweisen Gaben von Eiweisswasser und kaltem Thee mit Kognak, als Arznei verschrieb ich eine Salzsäuremixtur mit 2 Tropfen Opiumtinktur, daneben Irrigation mit 2⁰/₀ Alaunessiglösung und Priessnitzumschlag um den Leib.

Am folgenden Tag hatte ich Gelegenheit, das Kind zu sehen. Wie mir die Angehörigen mitteilten, war inzwischen kein Stuhlgang mehr erfolgt, dagegen hatte das Kind fast fortwährend jämmerlich geschrieen und öfters bräunlich gefärbte Flüssigkeit erbrochen.

Ich fand das Kind blass aussehend, kollabiert, die Temperatur war nicht erhöht, die Zunge dick belegt, das Abdomen etwas meteoristisch aufgetrieben und schon bei leiser Berührung äusserst schmerzhaft.

Die Palpation des Abdomen ergab in der Nabelgegend einen querverlaufenden, wurstförmigen Tumor, der sich vom linken Hypochondrium nach abwärts bis zur Darmbeingrube verfolgen liess.

Während dieser Untersuchung entleerte sich unter heftigem Geschrei des Kleinen etwa 1/2 Theelöffel reines Blut aus dem After.

Nun waren die 3 Kardinalsymptome — Verstopfung, Erbrechen und Blutabgang aus dem After — vorhanden, und die Diagnose auf Invagination war leicht zu stellen. Mit dem in den After eingeführten Zeigefinger konnte ich die abgerundete Spitze des Intussusceptum ganz deutlich fühlen.

Ich versuchte nun durch mehrmals wiederholte Eingiessung von Eiswasser mit nachfolgender, vorsichtiger Massage des Abdomen die Invagination zu heben, jedoch vergebens.

Nun blieb nichts mehr übrig] als die Laparotomie. Von Lufteinblasungen und Magenausspülung versprach ich mir nicht viel. Ich liess daher das Kind in die chirurgische Klinik nach Giessen bringen, wo am 16. Juni Abends, etwa 46 Stunden nach stattgehabter Invagination, die Laparotomie von Herrn Professor Dr. Poppert ausgeführt wurde.

„Die Invagination liess sich leicht finden, sie reichte von der Mitte des Querkolons bis herab in den Mastdarm. Aus der Bauchhöhle floss eine reichliche Menge rötlich-gelber Flüssigkeit. Das Peritoneum war stark blutüberfüllt, Zeichen einer eitrigen Peritonitis waren jedoch nicht vorhanden. Der Versuch, durch vorsichtiges Ziehen am Ileum die Einstülpung zu lösen, führte nicht zum Ziel, erst als gleichzeitig das Ende des Intussusceptums durch Streichen und Kneten nach rückwärts geschoben wurde, liess sich der eingestülpte Darm entfalten; zuletzt kam das Coecum mit dem Processus vermiformis zum Vorschein, es lag demnach eine typische Invaginatio ileocoecalis vor, bei der die Valvula Bauhini die Spitze des eingescheideten Darmes bildet.

Das Kind erholte sich nunmehr rasch, die völlige Wiederherstellung wurde nur durch den noch einige Zeit fortbestehenden Darmkatarrh verzögert, sodass die Entlassung aus der Klinik erst am 9. Juli erfolgen konnte. Der Knabe hat sich in der Folgezeit vollkommen normal entwickelt."

Der glückliche Ausgang dieses ernsten Falles ist wieder ein Beweis für die wohl allgemein zur Geltung kommende Ansicht, dass jede Invagination, die nicht baldigst auf therapeutische Eingriffe hin zurückgeht, dem Chirurgen überwiesen werden muss, weil nur durch eine frühzeitige Laparotomie ein glücklicher Erfolg zu hoffen ist.

Der erste bleibende Molar mit Beziehung auf die Praxis bei Kindern.

Von

Zahnarzt Wille (Worms).

Der erste bleibende Molar, der sechsjährige Molar, wie die fehlerhafte Bezeichnung für den meist im siebenten Lebensjahre erscheinenden ersten bleibenden Zahn ist, le dent de sept ans, wie der Franzose etwas richtiger sagt, der Schulzahn, wie begeisterte Puristen ihn nach Analogie von Schulranzen nennen möchten, ist für so manches Menschenkind ein echtes Danaer-Geschenk der Natur, bestimmt zwar zum festen Stützpunkt des Kauaktes für den Zeitraum von mindestens sechs Jahren, meist jedoch durch menschliche Kurzsichtigkeit und Unachtsamkeit umgestimmt zum Verderber einer Reihe von nachfolgenden Zähnen, der regelmässigen Bissstellung, ja der natürlichen Schönheit des Antlitzes. Erklärlich ist, dass dieser vielseitige Zahn, da er im frühen Kindesalter erscheint, mehr wie alle nachfolgenden den Arzt beschäftigen, mehr sowohl in Bezug auf Erhaltung wie auf Entfernung zu wichtigen Fragen anregen wird.

Wenn die Ärzte und die Zahnärzte, noch bis vor kurzem in Bezug auf letztere Fragen durchaus geteilter Ansicht waren, was will man da vom Publikum sagen, welches heute noch in der verhängnisvollen Ansicht verharrt, dass erst nach Ausfallen aller Milchzähne die bleibenden erscheinen, dass jene, da sie doch einmal dem Untergang verfallen, keiner erheblichen Beachtung oder gar zahnärztlichen Behandlung bedürfen und so unter denselben ungünstigen Bedingungen die ausbleibenden mit den temporären Zähnen leiden lassen.

Es wiederholt sich hier die Erfahrung im Kleinen, die Ignaz Semmelweiss bei seiner ungleich wichtigeren Kasuistik des Puerperalfiebers machte, dass erst die allgemein von den Ärzten geteilte Ansicht dem Laienpublikum als Stempel der Wahrheit einer These gilt und zur Beachtung der Gefahr auffordert. Wie nötig dies ist, wie weit entfernt wir von dem Ziel sind, dass beweisen die furchtbaren Zahlen, die Röse in den Volksschulen Freiburgs feststellte. „Unter den Knaben besassen 98,5%, unter den Mädchen sogar 99% mehr oder weniger hohle Zähne" — von 81036 untersuchten Zähnen!

An der in Fachkreisen bis dahin herrschenden Stellung über die eigenartige Wichtigkeit des ersten bleibenden Molaren war neben anderen vornehmlich Andrieux schuld. Erst durch deutsche Forscher (Röse, Berten, Fenchel u. a.) wurde die dem Zahne zukommende Bedeutung festgestellt und die verderbliche Schlussfolgerung Andrieux's widerlegt.

Hatte man früher geglaubt, aus der Thatsache, dass beim Neugeborenen einzig in dem ersten bleibenden Molaren durch Aufnahme von Kalksalzen in dem schon vorhandenen Zahnscherbchen gleichzeitig mit den bereits im Kiefer vorgebildeten Milchzähnen die Verkalkung sich vollzieht, eine Art Mittelglied zwischen bleibenden und temporären Zähnen in jenem sehen zu sollen, so war es Röse vornehmlich vorbehalten, diesen Irrtum zu zerstören und festzustellen, dass die Entwicklung des ersten, zweiten und dritten Molaren in derselben Weise vor sich geht, dass nach Abschnürung der Milchzahnsäckchen von der Zahnleiste des Fötus das Wachstum jener Molaren unbehindert fortdauert, dass alle denselben Ursprung von der nach hinten wachsenden Epithelleiste haben. Aber auch die gleichmässige Ernährung und Innervation durch den n. und die art. alveolaris superior und inferior hätte den Irrtum nicht aufkommen lassen sollen, da die Nerven und Arterien der Milchzähne, sobald diese ihren Zweck erfüllt haben, veröden und so indirekt die Wurzeln dieser Zähne der Resorption überantworten. Wo in späterem Alter Milchzähne persistieren, stehen sie als Fremdkörper im Kiefer und deuten durch den Mangel an Transparenz, ihr eigentümlich opakes Aussehen dies an. Dies schliesst nicht aus, dass sie dem Gebrauche dienen, wie in einem uns bekannten Falle von mangelnder Dentition, wo ein kräftiges 22jähriges Landmädchen ihre oberen kleinen Schneidezähne so wenig bekommen hat, wie die unteren und statt der letzteren die stark abgekauten Milchzähne trägt.

In einer klassischen Arbeit hat Röse*) endlich nachgewiesen, dass „nur eine Schicht Odontoblastem die Zahnbeinbildung besorgt" und

---

*) C. Röse: Zur Histologie und Histogenese der Knochen- und Zahngewebe. Zahnärztl. Wochenblatt, VII. Jahrg. No. 314.

somit Waldeyer's Lehre von den sogenannten Ersatzzellen, wie auch dieser zugiebt, berichtigt. Röse sagt: „Bekanntlich dauert die Ablagerung von Zahnbein an der Oberfläche der Pulpa zeitlebens fort ..... Es kommt vor, dass an Stellen, wo die Dentinablagerung längere Zeit sistierte, später infolge äusserer Reize wieder eine erneute, stärkere Zahnbeinablagerung erfolgt (Ersatzdentin)." Auf diesen, für die Praxis wichtigen Punkt wird es nötig sein, später zurückzukommen. Vorläufig gilt es festzustellen, dass auch in dieser Hinsicht der erste Molar nicht verkürzt wurde vor dem zweiten und dritten. Er steht also anatomisch den letzteren ebenbürtig da und die Ansicht von einem Zwischenglied zwischen Milch- und bleibenden Zähnen, an dessen Stelle der Weisheitszahn treten solle, ist hinfällig, um so mehr, als der letztere zuweilen gar nicht auftritt. Im Gegenteil, der erste Molar ist als der grösste auch der wertvollste, und die Anhänger jener Lehre, welche seine frühzeitige Extraktion aus ihr folgerten, haben in diesem verhängnisvollen Irrtum sich oft schwer versündigt.

Man behauptet, der erste Molar neige vor allen anderen Zähnen zum Zerfall. Berten*) hat durch eingehende Arbeiten nachgewiesen, dass dieser Zahn, dessen falsche Bezeichnung als sechsjährigen Molar er rügt, einen Durchbruchs-Spielraum von drei Jahren beansprucht und legt für ihn die Zeit vom 5. bis 8. Lebensjahre fest. Diese lange Zeit wird ihm oft verhängnisvoll. Man vergegenwärtige sich die Mund-Zustände im 5., 6., 7. Jahre. Die Wurzeln der Milchzähne sind in Resorption begriffen, die Widerstandskraft gegen Schädigungen durch Säuren, starke Temperaturwechsel usw. ist gleich Null. Geputzt werden Milchzähne fast nie und so kommt es zunächst an Approximal-, später an Kauflächen zu Defekten, die bei dem weichen Material leicht und schnell grösser werden. Dies ist die Norm. In einem solchen Munde brechen jetzt die vier ersten Molaren durch. Wenn nun, wie so häufig, die letzteren Schmelzhypoplasie**) aufweisen, welche neben den Schneide- und Eckzähnen bekanntlich gern die ersten Molaren zeigen, so steht der Zerstörung der letzteren nichts mehr im Wege. Bei diesen Schmelzhypoplasien, die nach Zsigmondy***) auf „Rhachitis, Skrofulose, Syphilis, exanthemathische Krankheiten, Konvulsionen, Meningitis, schwere Erstickungsanfälle als Ursachen der Störung der normalen Zahnentwicklung" zurückzuführen sind, werden natürlich, da die Gesamternährung im ungünstigen Sinne beeinflusst wurde, die kindlichen Zähne in besonders schlechtem Zustand sich befinden. Es ist übrigens ein Irrtum, wollte man derartig mit Schmelzdefekten versehenen Zähnen ceteris paribus eine durchaus ungünstige Prognose stellen. Wir werden später sehen, wie durch stärkere Zahnbein-Ablagerung, die wir bis zum gewissen Grade in der Hand haben, für die mangelhafte Schmelzbildung eine Art von Ersatz geschaffen werden kann und diese Zähne dennoch fest und kräftig werden, nachdem die Ursache gehoben ist.

---

*) Berten: Über die chronologische Reihenfolge des Durchbruchs der bleibenden Zähne.

**) J. Berten: Hypoplasie des Schmelzes (Kongenitale Schmelzdefekte, Erosionen). Pathologisch-anatomisch-klinische Studie. Habilitationsschrift.

***) Zahnärztl. Wochenblatt 1893, No. 327.

Lange war man über die Ursachen der Zahncaries im Unklaren. Erst Miller*) wies durch umfassende bakterielle Arbeiten überzeugend nach, dass die „Zahn-Caries ein chemisch-parasitärer Vorgang ist, bestehend aus zwei deutlich ausgeprägten Stadien: der Entkalkung, resp. Erweichung des Gewebes und der Auflösung des erweichten Rückstandes. Beim Schmelz fällt jedoch das zweite Stadium fort; die Entkalkung des Schmelzes bedeutet die vollständige Vernichtung desselben." Hauptsächlich in Milchsäure, welche durch die Gährung von Kohlehydraten im Munde entsteht und selbst in verdünnten Lösungen die Entkalkung herbeiführt, sieht Miller den grössten Schädling der Zähne und betont, dass die „besonders aus gekochter Stärke in der Mundhöhle gebildeten Säuren den Zähnen mindestens ebenso verderblich sind als die aus Zucker gebildeten", ja dass nach Ellenberger und Hoffmeister**) unter Umständen auch Stärkekleister viel schneller in Milchsäure übergeführt werde als Zucker. Bekannt ist ferner, dass alle Fruchtsäuren ebenso wie mineralische Säuren in gleicher Weise entkalkend wirken. „Der übermässige Genuss von sauren Früchten, Weintrauben, Zitronen; der fortgesetzte Gebrauch von Säuren und sauren Salzen usw. wirkt entkalkend auf die Zähne und werden zunächst nicht die verborgenen, sondern die exponierten Stellen angegriffen" (Miller l. c.). Neuere Forschungen haben besonders auch dem Chin. mur. — in Übereinstimmung mit dem Obigen — eine stark entkalkende Wirkung zugeschrieben. Wer erinnert sich nicht aus seiner Kindheit nach reichlichem Genuss von Beerenfrüchten des Gefühls des Stumpfseins der Zähne? Das ist die Entkalkung.

Was nun die Bakterien anlangt, die das zweite Stadium der Vernichtung übernehmen, so hat Jung wie auch Galippe und Vignal gefunden, dass immer „verschiedene Arten gleichzeitig im cariösen Zahnbein vorhanden" waren. Jung hat etwa elf Arten konstant gezüchtet.

Als prädisponierende Ursachen für Caries finden wir nun nach Miller: 1. tiefe Fissuren, foramina coeca. 2. Beschaffenheit der Zähne in Bezug auf Struktur. 3. Dichtstand der Zähne. 4. Lockerung des Zahnfleisches. 5. Schwangerschaft (?). Andere Ursachen, wie Erblichkeit, Gicht, klimatische und geologische Verhältnisse lässt er nur in beschränktem Sinne gelten.

Diese kleine Exkursion in das Gebiet der Ätiologie der Caries ist durchaus nötig, um zu verstehen, wie gerade der erste Molar, allen Schädigungen in gehäuftem Maasse ausgesetzt, in den grundlosen Ruf gekommen ist, der Caries mehr geneigt zu sein als irgend ein anderer Zahn und es eher als ein Verdienst galt, ihn zeitig zu extrahieren.

Es ist eine grosse Anzahl verdienstvoller Arbeiten verfasst worden über Schulzahnhygieine, sowie über die Häufigkeit der Erkrankung des ersten Molaren und etwaiger allgemeiner Ursachen. Röse, Fenchel, Vörckel, Dieck, Berten sind diejenigen, welche sich in dieser Hinsicht am verdientesten gemacht haben, aber ihre Arbeiten werden ein Torso bleiben, wenn nicht von allen Seiten Nachfolger auftreten und namentlich

*) W. D. Miller: Die Mikroorganismen der Mundhöhle. Die örtlichen und allgemeinen Erkrankungen, welche durch dieselben hervorgerufen werden. Leipzig 1892.

**) Archiv für wissensch. u. prakt. Tierheilk. Bd. XI. S. 162 cit. n. Miller.

von Seiten des praktischen Kinderarztes auf diesem Gebiete mitgearbeitet wird, der in erster Linie dazu berufen ist, vor allem auf die Gleichzeitigkeit der Erkrankung der ersten Molaren und der Halsdrüsen und eventuellen Zusammenhang bei dyskrasischen Krankheiten hinzuweisen. Volland*) hat zuerst auf die frühzeitige Erkrankung der Halsdrüsen bei tuberkulösen Kindern hingewiesen und kommt zu dem Schluss, dass erworbene Tuberkulose häufig vom Spielen der Kinder mit Erde, beschmutzten Händen herkomme. Mund und Nase sind meist nicht schleimfrei und in den wunden Stellen und Rhagaden finde der Pilz seinen wohlvorbereiteten Nährboden. Das dürfte danach noch mehr bei einer cariösen Molarhöhle zutreffen. Beobachten wir doch, dass die jüngsten Schulkinder am meisten von Drüsenkrankheiten befallen sind (mit 96% nach Volland), von denen wohl einige auf Anginen, Diphtheritis, Ekzeme usw. zurückzuführen sind, aber da wir sie bei 93% der an Lungentuberkulose Erkrankten wiederfinden, diesem grossen Würger der Menschheit zum grossen Teil auf Rechnung zu setzen haben. Die Frage, ob sich aus den in den Lymphdrüsen gefundenen Bacillen später Tuberkulose entwickelt, liegt ja auf einem anderen Gebiete; uns genügt es, auf die Eingangspforten zu achten. Wie gross diese Gefahr ist, darauf hat Israel hingewiesen, der beobachtet hatte, dass der Aktinomycespilz auch durch cariöse Zähne in den Körper eindringe. H. Stark**) hat korrespondierend mit tuberkulösen Drüsen in den betreffenden Zähnen zweimal Tuberkelbacillen nachgewiesen. Er schliesst: „Man wird sich in allen Fällen von tuberkulösen Halsdrüsen zunächst darüber zu vergewissern haben, ob es sich um einen rein lokalen Affekt handelt oder ob die Drüsen als Teilerscheinung einer tuberkulösen Diathese, der Skrofulose, aufzufassen sind. Ist ersteres der Fall und stellt sich als Ursache eine Caries heraus, so ist Extraktion oder Füllung des Zahnes am Platze; die Prognose ist alsdann eine gute. Besser ist es, man sucht durch gründliche Zahnpflege und Mundhöhlendesinfektion der Caries und ihren indirekten Folgen vorzubeugen.“ Es handelt sich, wie offensichtlich, bei dieser Caries um den ersten Molaren, denn die Milchzähne in der Schulzeit sind nur noch locker sitzende Reste, der im 12. oder 13. Lebensjahre erscheinende zweite Molar aber kommt noch nicht in Frage.

Haben wir also im ersten Teile dieser Arbeit gesehen, welche Gefahren dem sogenannten Schulzahn drohen und durch ihn dem Gesamt-Organismus, so werden wir im zweiten Teil erörtern, wohin eine Prinzipien- und wahllose Enfernung desselben führt. (Schluss folgt.)

Referate.

Placentare Infektion des Fötus als Krankheitsursache für die Mutter. Von H. Salomon. A. d. med. Klinik in Kiel. (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten usw. IV. Bd. 1. Hft. 1898).

*) Volland: Über den Weg der Tuberkulose zu den Lungenspitzen Zeitschrift für klinische Medicin, Bd. XXIII, Heft 1 u. 2.

**) Hugo Stark: Zahnärztl. Rundschau, V. Jahrg. No. 193.

Seit langem ist es bekannt, dass bei vielen Infektionskrankheiten schwangerer Mütter Bakterien auf placentarem Wege in den Fötus hineingelangen können. Während nun erfahrungsgemäss die Infektion der Mutter gegenüber der des Fötus in den Vordergrund tritt, wurde in der Kieler med. Klinik ein Fall beobachtet, welcher ein Beispiel dafür darzubieten schien, dass manche Keime für den Fötus, wenigstens temporär, pathogener sein können, als für die Mutter, und dass dann sowohl der zeitliche Ablauf als auch die Intensität der Erkrankung im Fötus prävalieren und mehr oder minder sekundär erst die Mutter beeinflussen.

Eine 26jährige Frau, seit 4 Monaten schwanger, leidet seit 3 Monaten an Schmerzen im ganzen Körper, Kopfschmerz, Schmerzen in der rechten Seite des Leibes und Beschwerden, welche sich nicht scharf von denjenigen früherer Schwangerschaften abhoben. Seit acht Tagen Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Appetitlosigkeit, Fieber und unerträglich heftiger Kopfschmerz. 31. Jan. Eintritt in die Klinik. Ausser der Schwangerschaft und abwechselndem Fieber konnte kein Befund erhoben werden, welcher die heftigen Kopfschmerzen erklärt hätte. Am 5. Febr. Wehen. Wegen beginnenden Aborts Verlegung auf die Frauenklinik. Hier ging 2 Stunden später das Fruchtwasser, noch eine Stunde später die Frucht ab. Während am Tage der Fruchtausstossung bei Beginn der Wehen die Temperatur 40,2° betragen hatte, war dieselbe zur Zeit der Geburt 38,5°, am folgenden Morgen 34,4°. In der Folge hob sich die Temperatur langsam zur Norm, womit dauerndes Wohlbefinden verknüpft war.

Die Frucht war frisch abgestorben, nicht maceriert. Aus ihr wurden Kulturen angelegt; es wuchs auf allen Platten ein kleiner, schlanker Bacillus, welcher sich für Mäuse in 4—5 Tagen, für Kaninchen in 5 bis 6 Tagen tötlich erwies. Die Krankheit der Mutter erklärt sich durch Aufnahme toxischer Stoffe aus dem infizierten Fötus, ohne dass eine Infektion der Mutter vorgelegen hätte. Köppen, Norden.

Eine neue Behandlungsmethode der Stomatitis ulcerosa. Von A. Kissel. (Archiv für Kinderheilkunde, 26. Band).

Die Stomatitis ulcerosa tritt nicht selten in maligner Form auf, die bisweilen in ihrem Verlaufe an Noma erinnert und zu Nekrose der Kieferknochen führen kann. In einer Reihe solcher Fälle hatte selbst sorgfältige Krankenhausbehandlung keinen befriedigenden Erfolg. Das von manchen Seiten als Specificum gerühmte Kal. chlor. lässt gar nicht selten im Stich. Die Behandlung im Krankenhause führte nach 6 bis 10 Tagen zur völligen Gesundung bei folgender Therapie: Schadhafte Zähne wurden entfernt; die Kinder mussten mit 3 % Borlösung sich stündlich den Mund spülen, mit in dieselbe Lösung getauchten Wattetampons wurden zweimal täglich die geschwürigen Stellen abgerieben. Innerlich Leberthran, sorgfältige Ernährung.

Wie leicht ersichtlich, eignete sich diese Behandlung wenig für ambulatorische Kranke. Hier wurde folgendermassen verfahren: Die Geschwüre wurden mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, hierauf Jodoformpulver eingerieben. Die Kinder wurden angehalten, zu Hause mit der Borlösung fleissig den Mund auszuspülen. Die Auskratzung mit dem scharfen Löffel

wurde nur in schweren Fällen gemacht und dann jedenfalls nur einmal zu Beginn der Behandlung. Sowie sich die Geschwüre mit Granulationen bedeckten, hörte man mit den Jodoformeinreibungen auf und beschränkte sich auf die Spülungen der Mundhöhle.

Dr. Friedmann, Beuthen O.-S.

Ein Beitrag zur Ätiologie der Darmeinschiebungen. Von R. Fischl. (Ther. Monatsh. 1898, Heft II).

Ein 6 Tage altes Kind mit dahin völlig normaler Stuhlentleerung erhielt aus irgend einem unbekannten Grunde mit einer Kautschukbirne, deren Stiel einen kurzen Ansatz aus weichem Gummi trug, einem in der Kinderstube so beliebten Instrumente, ein erfolgloses Klysma. Daran schloss sich eine Blutung, welche unter kühlen Umschlägen, innerlicher Darreichung einer $^1/_2$ prozentigen Eisenchloridlösung und längeren Trinkpausen ihren Charakter änderte, heller gefärbtes, mit Schleim vermischtes Produkt aufwies. Nach 24 Stunden, während welcher Stuhl nicht erfolgt war, zeigte sich bei leichtem Meteorismus im linken Hypochondrium dem Verlaufe des Colon descendens entsprechend eine wulstförmige Resistenz, welche Verf. als Intussusception im Endstück des Dickdarmes deutete. Selbst hohe Infusionen von Wasser, Glycerin und Tafelöl waren nicht im stande die Lösung zu bewirken. Eine Operation wurde verweigert. Unter rein schleimig werdender Sekretion aus dem After und stetig zunehmendem Meteorismus trat das eingeschobene Colon im Laufe von 8 Tagen immer tiefer aus dem After hervor und war nicht mehr zu reponieren. Der Tod erfolgte, ohne dass, wohl infolge der tiefen Lage der Intussusception, Erbrechen aufgetreten war, unter den Erscheinungen von Perforationsperitonitis. Das ursächliche Moment der letal verlaufenen Darmeinschiebung sieht Verf. in der Applikation des Klysma mit der Kautschukbirne, sei es dass das Ansatzstück direkt in einer Darmfalte sich klemmte, und durch die mit Gewalt eingepresste Flüssigkeit die Falte immer tiefer drängte, sei es dass im Rectum vorhandene Inhaltsmassen durch die grosse Kraft, mit welcher sie aufwärts gejagt wurden, dies bewirkten. Die zeitliche Aufeinanderfolge, das bis dahin normale Verhalten der Darmentleerungen, das Fehlen digestiver Störungen sprechen für den ätiologischen Zusammenhang. Verf. verwirft das zum eisernen Bestande des Säuglingsinventars gehörige Instrument nicht nur als unzweckmässig, weil der Ansatz nie höher als bis zum dritten Afterschliesser kommt, die Wassermenge viel zu gering ist, und durch das rasche Einströmen starken Tenesmus anregt, so dass die ev. Wirkungen dieser Klysmen nur durch Erzeugung einer aufsteigenden peristaltischen Welle zu erklären sind, sondern nach dem geschilderten Vorkommnis als durchaus gefährlich. Als Ersatzinstrument empfiehlt Verf. Irrigator mit Schlauch, Hahn und Nelatonkatheter.

v. Boltenstern, Bremen.

Eine neue Behandlungsmethode beim Mastdarmvorfall der Kinder. Von Hajech. (Gaz. degli osped v. 18. Dezember 1898 — Klinisch-therapeutische Wochenschrift No. 2, 1899.)

Der Mastdarmvorfall ist im Kindesalter entweder sekundär, als

Folgeerscheinung von Erkrankungen des Darmtraktes oder der dem Mastdarm benachbarten Organe oder, was seltener der Fall ist, primär, meist durch zu reichliche Nahrungsaufnahme und Überanstrengung beim Stuhlgang bedingt. Bei in der Ernährung herabgekommenen Kindern ist für die Entstehung des Prolapses in erster Linie die herabgesetzte Widerstandsfähigkeit der Gewebe massgebend. In solchen Fällen stellt der Mastdarmprolaps nicht nur ein lästiges, sondern durch sich und seine Folgezustände bedrohliches Leiden dar. H. beschreibt eine Methode, die sich ihm bei der Behandlung des Mastdarmprolapses im Kindesalter besonders bewährt hat. Man nimmt ein Stück Eis, dem man mit Hilfe des Messers und der Hand eine konische Form verleiht, hüllt das Eisstück in aseptische Gaze und schiebt dann das prolabierte Rectum und den Eiszapfen so weit hinauf, bis beide in der Analöffnung verschwunden sind, und zwar in der Weise, dass die Spitze des Eiskonus auf das Centrum der prolabierten Partie appliziert wird. Der Eiskonus muss von relativ beträchtlichen Dimensionen sein, z. B. für ein 4—5jähriges Kind 7—8 cm lang, an der Basis 2 ½—3 cm breit. Die Applikation des Eiszapfens ist für das Kind nicht besonders lästig, dasselbe fühlt dabei nicht mehr als beim gewöhnlichen Repositionsverfahren. Die Anlegung eines Kontentivverbandes ist nicht notwendig, wenn das Kind nach der Einführung des Zapfens eine kurze Zeit in Seitenlage mit einander gepressten Gesässbacken verharrt. Bei neuerlichem Auftreten des Prolapses wird das gleiche Verfahren angewendet, solange, bis der Prolaps nicht mehr auftritt. Aetherspray oder Eisapplikation auf die prolabierte Partie sind dagegen nicht anzuraten, weil sie das Entstehen von Gangrän der prolabierten Schleimhaut begünstigen. Tampons werden im Kindesalter schlecht vertragen, die blutige Operation ist nur selten indiziert, die Kauterisation mit dem Glüheisen oder chemischen Ätzmitteln ist der Vergessenheit anheimgefallen. Adstringentien, Klysmen usw. können den Zustand der prolabierten Rektalschleimhaut günstig beeinflussen, nicht aber die Indicatio causalis erfüllen. Unter allen früheren Methoden sind die Suppositorien, und zwar nicht durch ihre chemische Beschaffenheit, sondern durch ihre mechanische Wirkung als zweckmässigste zu bezeichnen. Der Eiskonus, dessen Kaliber sich durch Abschmelzen dem Kaliber des Darmes adaptiert, übt eine stimulierende, die Muskelaktion des Darmes auslösende Wirkung aus, dabei wird durch die Herabsetzung der Sensibilität der Tenesmus beruhigt und die Zirkulation in der erkrankten Schleimhaut durch die Hebung des Gefässtonus angeregt.

Dr. Goldbaum, Wien.

Über die Nützlichkeit der methodischen Darmeingiessungen als wesentlicher Faktor bei der Behandlung der habituellen Verstopfung. Von Schellong. (Therap. Monatsh. Heft XI, 1898.)

In allen neueren Lehrbüchern über Darmkrankheiten findet sich der nachdrückliche Hinweis, dass bei der Behandlung der habituellen Obstipation die Abführmittel thunlichst zu vermeiden, vielmehr vorzugsweise die physikalischen Heilmethoden zu benutzen seien. Sch. hat in den letzten 8 Jahren jede habituelle Obstipation zunächst mit methodischen Darmeingiessungen zu behandeln versucht und ist dabei fast immer mit vereinzelten Ausnahmen in 4—6 Wochen zum Ziele gelangt.

Man lässt den Patienten täglich zu einer auf die Minute bestimmten Zeit gleich morgens beim Aufstehen oder besser nach dem Kaffee, während er auf der linken Seite mit angezogenen Knieen liegt, aus einem Irrigator mittels eines englischen Darmrohrs $^1/_4$ Liter Wasser von Zimmertemperatur einlaufen. Das Wasser soll aus geringer Höhe langsam einfliessen und das Rohr während des Einlaufens möglichst auf die ganze Länge eingeschoben werden. Sobald Stuhldrang eintritt, muss man den Einlauf für einen Augenblick unterbrechen. Nach Entfernung des Rohrs ist der Stuhldrang noch eine Weile zurückzuhalten. Jedes Abführmittel ist während der ganzen Dauer der Kur strengstens untersagt. Auch darf Patient zu keiner anderen Zeit am Tage, als der vorgeschriebenen, den Darm entleeren, vielmehr muss er den etwa zu anderer Zeit eintretenden Drang zurückzuhalten suchen. Dabei ist folgende Diät zu beachten: morgens starker Kaffee, dazu wenig Brot und etwas Honig, statt Weissbrot immer Schwarz- oder Grahambrot; ziemlich reichliches Gemüse; im übrigen gemischte Kost; vor dem Zubettegehen 6 Backpflaumen roh oder übergebrüht. Thee ist zu vermeiden; für einen täglichen flotten Spaziergang ist zu sorgen. — Bei Kindern ist das Flüssigkeitsquantum entsprechend zu vermindern; bei diesen erlebt man am öftesten Misserfolge.

Ist, was selten vorkommt, nach 8 Tagen kein Stuhlgang eingetreten, dann verordnet man folgende Modifikation des Spülverfahrens: zunächst eine Vorspülung mit warmem Wasser in grösserer Quantität ($^1/_2$—1 Ltr.) zwecks Aufweichung der Kotmassen. Man lässt unter Assistenz einer anderen Person das Wasser langsam einlaufen und durch Senken des Irrigators wieder zurücklaufen, und wiederholt diese Prozedur 10—15 Minuten, bis das zurückfliessende Wasser deutlich fäkale Beimengungen zeigt. Jetzt hebert man das warme Wasser thunlichst vollständig aus, giesst ab und lässt nun sofort, ohne das Darmrohr zu entfernen, das übliche Glas kalten Wassers langsam nachfolgen, was einen kräftigen Gegenreiz abgiebt, der meist von guter Entleerung gefolgt ist. Erscheint die Defäkation beim ersten Male nicht ausreichend, so kann die Prozedur am folgenden Tage noch einmal wiederholt werden.

Schnell, Egeln.

Über den Fettgehalt der Milch von stillenden Frauen unter verschiedenen Verhältnissen. Von Gersoni. (Wratsch Nr. 25. 1898. Deutsche Medizinal-Zeitung 1898, No. 66.)

Verf. hat bei 310 stillenden Frauen 2000 Fettbestimmungen nach der Methode von Gerber ausgeführt, um den Fettgehalt der Milch, namentlich dessen Schwankungen unter dem Einflusse verschiedener Verhältnisse zu prüfen. Er gelangte dabei zu nachfolgenden Resultaten: 1) der mittlere Prozentgehalt von Fett in der Milch stillender Frauen beträgt für die ganze Dauer des Stillens 3,48%. 2) Dieser Prozentsatz ist bei verschiedenen Frauen sowohl, wie auch bei einer und derselben Frau sehr grossen Schwankungen unterworfen, die sich durchschnittlich in den Grenzen zwischen 0,6% und 10% bewegen. 3) In den ersten Tagen des Stillens enthielt die Milch weniger Fett (im Durchschnitt 3,03%); dann steigert sich der Fettgehalt bis 3,8% und bleibt auf dieser Höhe

von der 4. Woche bis zum 4. Monat, worauf er wieder Neigung zum Abnehmen zeigt. Die Milch von jüngeren stillenden Frauen, sowie von Erstgebärenden ist reicher an Fett, wie die von älteren Frauen und Mehrgebärenden; ebenso ist die Milch von schwächlichen Frauen fettreicher, als die von kräftigen. 4) Der Fettgehalt vergrössert sich nach mässiger Muskelarbeit, nach starkem und häufigen Säugen, zur Zeit der Menstruation sowie bei erhöhter Körpertemperatur. 5) Fleischarme Nahrung setzt den Fettgehalt der Milch nur in sehr geringem Masse herab. 6) Niedriger oder hoher Fettgehalt der Milch ist an und für sich nicht imstande, Magenstörungen bei dem Kinde hervorzurufen; wohl aber können solche durch plötzliche Steigerung des Fettgehaltes der Milch bei einer und derselben Frau bewirkt werden.

Klautsch, Halle a. S.

Die Verhärtungen des Zellgewebes von Neugeborenen. Anhang zu: Neuere Arbeiten und Ansichten über Sklerodermie. Zusammenfassendes Referat. Von A. v. Notthafft. (Centralbl. für allgem. Pathol. u. pathol. Anatomie. IX. Bd. No. 21, 22. 1898).

Neben der Sklerodermie des Säuglingsalters, welche sich von derjenigen der Erwachsenen in keiner Weise unterscheidet, kommt noch das eigentliche Sklerem vor. Es giebt zwei Formen des Sklerems, die ödematöse Form, das Sklerödem, und die harte Form, das Sclerema sensu strictiori, das Fettsklerem. Es wird auch noch eine dritte, die gemischte Form, unterschieden, bei welcher beide Formen sich neben einander nachweisen lassen; im ersteren Falle findet sich eine prallelastische, im anderen eine oft brettharte Induration der Haut und des Unterhautzellgewebes, welche bald weiss, bald gerötet, bläulich, wie erfroren, blaurot oder weissgelb-wachsfarbig angegeben wird. Häufig kommt allgemeine Gelbsucht dazu. Im Harn Eiweiss, Blut, Gallenfarbstoff, Gallensäuren, granulierte Cylinder und verfettete Epithelien. Bei Ausbruch der Krankheit oft heftige Diarrhöen, auch sonst öfters Verstopfung. Oberflächliche und beschleunigte Atmung. Pfeifende oder wimmernde oder heisere Stimme. Fadenförmiger, unregelmässiger Puls. Konstantes Sinken der Temperatur bis sogar auf 22° (kann vor dem Auftreten der Hautaffektion konstatiert werden). Im günstigst endenden Falle bleibt noch lange einzelnes Oedem zurück. Sonst tritt der Tod nach 2—37 Tagen ein.

Die Haut beim Sklerödem nach Soltmann: Asbestglänzend, gespannt, häufig marmoriert, bläulich oder alabasterweiss, von der Unterlage durch die ödematöse Zellgewebsinfiltration abgehoben. Bei Schnitten durch die Haut quillt gelbliche oder blutige Lymphe heraus.

Beim Fettsklerem: Atrophie und Vertrocknung der Haut mit Verdickung ihrer Schichten; die starre Haut haftet fest an der Unterlage. Das Fettgewebe zeigt Bindegewebswucherung und Fettschwund. Das Hautfett selbst wird öfters als krümelig, weisslich, stearinähnlich beschrieben. In der Bauchhöhle, dem Herzbeutel und den Pleuraräumen wurde gelbliches, oft blutiges Serum gefunden. Der Ductus Botalli, das foramen ovale, die Nabelgefässe und der Ductus Arantii sind sehr häufig offen gefunden worden; es scheint, dass dies nicht nur von dem jugendlichen Alter des Patienten abhängt, sondern dass thatsächlich die Er-

krankung den Verschluss verzögert. Am Herzen selbst Zeichen der Degeneration. Das Blut findet sich meist im rechten Herzen und ist hier und in den Drosseladern schwarzrot, dickflüssig, fast theerartig, schmierig, mit sparsamen mürben, zuweilen breiartigen Gerinnseln, oder schmutzig-bräunlich, dünnflüssig. Es rötet sich nicht an der Luft. In den Lungen kommt es zu Atelektasen, Hepatisationen, häufig zu katarrhalischen Verdichtungen, speziell im Centrum derselben. Im Darm Katarrh, Rötung, event. eitrig-blutige Entzündung. Die Leber ist meist blutreich, vergrössert, dunkel-rotbraun, zerreisslich, selten anämisch; häufig ist Ikterus. Die Gallenblase ist gefüllt mit verschieden gefärbter Galle. Die Milz ist bald blutreich, bald anämisch. In den Nieren oft beginnende Bright'sche Krankheit und Erweichungsherde; letztere auch in Herz und Milz. Die Gehirnhäute zuweilen hyperämisch, in den Ventrikeln seröse und blutige Ergüsse.

Der mikroskopische Befund weist neben manchem Zufälligen bei der ödematösen Form in der Haut Vermehrung des Bindegewebes um das Oedem nach; beim Scl. adiposum stärkere Vermehrung des Bindegewebes und Fettschwund, wobei die Fettzellen zu eiförmigen, fettlosen Gebilden mit deutlichem Kern geschrumpft sind.

Für die Ätiologie und Pathogenese sind fast ebenso viele Theorieen aufgestellt, als Fälle beobachtet sind. Es würde zu weit führen, jene auch nur kurz zu erwähnen. Es soll hier für jede der beiden Formen nur eine am meisten einleuchtende Theorie mitgeteilt werden. Für das Sklerödem nehmen jetzt die meisten Autoren das Auslassen der Herzkraft aus irgendwelcher Ursache (Lebensschwäche, Abkühlung, Darmstörungen, Lungenaffektion mit dadurch hervorgerufener Minderung den vitalen Kapazität) als grundbedingend an. Als Vorbedingung des Scl. adiposum wird auf einen Vorausgang von enormem Serumverlust in verhältnismässig sehr kurzer Zeit hingewiesen, wie dies am stärksten bei der Sommerdiarrhöen der Kinder der Fall ist. Dies bedingt eine Bluteindickung und Verarmung des Körpers an Flüssigkeit. Eine weitere Folge sei das Sinken der Eigenwärme und die Herzschwäche. Mit dieser Annahme würde der zuerst von Langer erhobene und von Knöpfelmacher bestätigte Befund eines abweichenden Verhaltens des Hautfettes bei Kindern wohl in Einklang zu bringen sein. Je jünger das Kind, desto weniger Ölsäure und desto mehr Palmitin- und Stearinsäuren enthält die Haut. Bei Krankheitsprozessen, welche mit Temperaturerniedrigung weitergehen, reicht die Blutwärme nicht aus, um das an schwer schmelzbaren Fettsäuren reiche Hautfett einigermassen weich zu erhalten.

Köppen-Norden.

Über die Behandlung des Bettnässens. Nach einem Vortrag von Levy. (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege 1898, No. 12.)

L. verfügt über mehrjährige Erfahrungen über das Thema aus Knabenerziehungsanstalten. Die Zahl der Bettnässer in diesen beträgt oft mehr als 20%. Er fand bei solchen Kindern fast ausnahmslos adenoïde Wucherungen, hypertrophische Mandeln oder chronische Rhinitis. Die Beseitigung dieser Zustände führte zu dem Erfolge, dass am Schlusse des Jahres von 26 Bettnässern nur noch 4 behandelt

wurden, die nur alle 8—10 Tage nässten. Gleiche Erfolge erzielte L. auch in anderen Anstalten.

Die bis dahin bekannten und üblichen Massnahmen bei der Behandlung des Bettnässens, wie häufiges Wecken in der Nacht, Vermeiden von flüssigem Abendessen, Hochlagerung des Fussendes des Bettes, wurden gleichfalls getroffen, das Hauptgewicht aber auf Behandlung der Nase und des Rachens gelegt. Dieselbe bestand erstlich in häufigem Auskratzen des Nasenrachenraums, so lange, bis sich gesunde Schleimhaut gebildet hatte. Daneben wurden mittels des Kafemann'-schen Inhalationsglases mehrmals täglich Einatmungen der Dämpfe einer aus Menthol, Eucalyptol, Terpentinoel und Ol. Pini Pumiliorum aa. bestehenden Lösung vorgenommen. Auf die Nacht erhielten die Kinder einen Priessnitzumschlag um den Hals.

Dr. Friedmann, Beuthen O./S.

Über die Bedeutung der Eiweisspräparate mit besonderer Berücksichtigung des Sanatogen. Von Gumpert. (Deutsch. medizin. Wochenschr. 1898, 40.)

G. hat das S. ungefähr bei 30 Patienten längere Zeit angewandt. Das Präparat wurde selbst von den empfindlichsten Patienten gern genommen, Reizerscheinungen des Magens oder Darms wurden nicht beobachtet, der Appetit wurde auch durch grössere Gaben nicht herabgesetzt. Die Menge, die täglich verabreicht wurde, war sehr verschieden. Je nach dem Alter, dem Nahrungsbedürfnis, der Verdauungsfähigkeit wurden Mengen von 10—40 g., in einigen Fällen noch mehr gegeben. Da das Präparat zu 95 % aus reinem Eiweiss besteht, so war es möglich, oft den grössten Teil des Eiweissbedarfes des Patienten damit zu decken. Das S. wurde bei den verschiedensten Verdauungsaffektionen, bei Tuberkulose, Herzkrankheiten, Anämie usw. angewandt. In vielen Fällen hat G. eine Steigerung des Appetits nachweisen können. Ein günstiger Einfluss auf das Nervensystem war häufig zu beobachten, oft wich die geistige Depression in kurzer Zeit. In einigen verzweifelten Fällen, wo andere Nährpräparate im Stich liessen, gelang es, durch S.-Gebrauch bei sonst geeigneter Behandlung die Kräfte zu heben und das Körpergewicht zu erhöhen.

Schnell, Egeln.

Bericht über die Anwendung von Sanatogen bei Kranken. Von Schlesinger. (Münchn. med. Wochenschr. 1898, No. 23.)

Das Sanatogen ist eine Caseinverbindung, bei der das Casein durch Zusatz von etwa 5 Proz. glycerinphosphorsaurem Natron in ein wasserlösliches Produkt übergeführt ist. Die Glycerinphosphorsäure, ein Spaltungsprodukt des Lecithins, soll eine die Ausnützung des Eiweisses befördernde Wirkung besitzen. Nach Vis und Treupel soll dem Präparat die Verdaulichkeit des Fleisches zukommen. Es wird von gesunden Menschen gern genommen und in hohen Gaben gut vertragen.

Das S. ist ein weisses Pulver mit kaum wahrnehmbarem Geschmack. Zum Gebrauch ist es notwendig, dass man es zuerst mit kaltem Wasser zu einem homogenen Brei verrührt. Am besten lässt es sich mit warmer

Milch, mit Thee- und Kaffeeabsud ohne Zucker, ferner mit Kakaoabkochung und mit Bouillon verrührt nehmen.

Aus mehreren Krankenberichten geht hervor, dass das Sanatogen von den verschiedensten Kranken längere Zeit genommen wurde und dass es keinerlei Verdauungsbeschwerden erzeugte. Selbst bei bestehender Diarrhoe wurde es gut vertragen. Eine Frau konnte ca. 6 Wochen lang pro die etwa 40 g. Sanatogen zu sich nehmen.

Es dürfte das Mittel zweifellos da am Platze sein, wo bei mangelndem Appetit eine reichliche Darreichung von Eiweiss indiciert ist.

Schnell, Egeln.

Die Verwendung des Saccharins bei der Säuglingsernährung. Aus der Un.-Kinderklinik zu Breslau. Von A. Keller. (Centralbl. f. innere Medizin 1898, No. 31).

Verf. bespricht unter dem Gesichtspunkte, dass das Saccharin nicht als Nahrungs- sondern als Genuss-Mittel angesehen werden muss, die Verwendung desselben bei der Kinderernährung. Er hatte gelegentlich anderer Untersuchungen Saccharin zum Versüssen der Nahrung in den Vergleichsperioden bei Zuführung kohlehydratfreier bezw. -armer Nahrung verwandt. Während er nun fand, dass bei Zuführung von Rohrzucker, Traubenzucker oder grösseren Mengen Milchzucker bei magendarmkranken Säuglingen die Ammoniakausscheidung im Harn vermehrt war, war dies nicht der Fall, wenn er Saccharin mit drei Teilen doppeltkohlensauren Natrons nahm. Ausserdem prüfte Verf., angeregt durch einen Vortrag von Bornstein, welcher an einem an sich selbst angestellten Stoffwechselversuch während der Saccharinperiode oft Durchfälle auftreten, sowie eine um 20 Proz. erhöhte Kotmenge sah, die Stickstoffausnützung und fand, dass der Stickstoff vom Darm bei Saccharin-Darreichung gut bis sehr gut ausgenützt wurde. Auf Grund seiner Untersuchungen und Beobachtungen kommt Verf. zu dem Schluss, dass bei der Ernährung des Säuglings, sofern es sich um ein Versüssen der Nahrung handelt, das Saccharin den gebräuchlichsten Zuckerarten vorzuziehen sei. — Die Frage ist doch wohl zu einseitig gestellt, als das sie hiermit für alle Fälle als beantwortet anzusehen wäre.

Köppen, Norden.

Gesundheitspflege.

— Über Morbidität und Mortalität in Säuglingsspitälern und deren Ursachen. Von Dr. H. Finkelstein. A. d. Kinderklinik am Königl. Charitékrankenhaus in Berlin. Mit 1 Tafel. (Zeitschrift f. Hygiene u. Infektionskr. XXVIII. Bd. 1. Hft. 1898.)

Verf. sucht nach den Gründen für die Thatsache, dass Kinder im ersten Lebensjahre in geschlossenen Anstalten und Säuglingsspitälern im Allgemeinen weitaus ungünstigere Bedingungen für ihr Gedeihen finden,

wie in der Einzelpflege. Von vornherein lässt sich sagen, dass die Sterblichkeit einer Säuglingspflegestelle abhängig sein wird 1) von dem Zustande, in welchem die Kinder ihr überliefert werden, 2) von der Pflege und der Art der Ernährung, 3) von der mehr oder weniger engen Zusammenhäufung in den Pflegestätten. Zur Beantwortung der aufgeworfenen und der dadurch sich weiterhin ergebenden Frage: Ist überhaupt eine Anstaltsbehandlung von Säuglingen ein zu rechtfertigendes Unternehmen oder von vornherein verfehlt, bedurfte es zunächst einer Schilderung der eingelieferten Kinder nach Krankheit und Kräftezustand, um danach sondern zu können, was noch und was nicht mehr erhaltungsfähig war. Es hatte sich hiernach eine Betrachtung anzureihen, wie sich unter dem Einflusse des Krankenhauses das Schicksal des lebensfähigen Bruchteiles gestaltet, und schliesslich war zu untersuchen, welche Momente im ungünstigen Sinne auf diesen Bruchteil einwirken.

Verf. konnte nun feststellen, dass 35 Procent aller neu Aufgenommenen sich in einem Zustande befinden, dass sie die ersten Tage oder längstens die erste Woche nicht überleben. Werden hierzu noch diejenigen gerechnet, welche zwar noch bis in die zweite Woche hinein lebten, aber als sichere Todeskandidaten aufgenommen wurden, so ergiebt sich als Minimal-Mortalitäts-Satz 42 Prozent. Dieses Minimum wurde nun in den der Beobachtung dienenden Jahren 1895/96 mit 73,63 Prozent, im folgenden Jahre mit 58,55 Prozent überschritten. Diese Verminderung der Sterblichkeit im letzten Jahre um 22,2 Prozent bei gleichbleibendem Material ist auf die Unterbringung der Station in günstige Verhältnisse zurückzuführen. Die Ursache der Besserung der Verhältnisse lag nicht in Änderungen und Fortschritten der Therapie oder der Ernährungsweise; auch der blosse Wechsel der Räumlichkeiten kann nicht als Ursache gelten. Den Schlüssel zur Lösung der Frage liefert die von Heubner gegebene Schilderung der in Einzelpflege gegebenen Waisenkinder, wodurch die Beeinflussung des einzelnen Kindes durch die Mitinsassen vermindert wird. Der Beweis hierfür wird durch nachfolgendes geliefert: 1) Es gewinnen in dichtbelegten Säuglingsstationen bestimmt definirte infektiöse Erkrankungen, wesentlich des Verdauungsapparates eine epidemische Ausbreitung. 2) Es gelingt, zeitweise Kinder zur befriedigenden Zunahme zu bringen, aber die Kurve derselben wird gestört durch Stillstände, Rückgänge mit folgender Wiederholung und erneutem Rückfall. In Anschluss an dieses Unstäte der Entwickelung verfällt schliesslich ein Teil der Kinder unter dem Zeichen leichter Darmreizung in tötliche Kachexie. 3) Ohne charakterisierte Erkrankungen beginnt, kaum dass die Aufnahme erfolgt ist, ein Rückgang des Körpergewichtes und führt früher oder später zum Tode. Diese im Krankenhause wirksamen Schädigungen haben nicht den Charakter eines kontinuierlich sich äussernden Einflusses, sondern unregelmässiger Katastrophen, welchen gehäuft auftretende, akut einsetzende Magendarmerkranknngen zu Grunde liegen. Verf. fasst die Thatsachen folgendermassen zusammen:

1. Die auffallenden, teils schleichenden, teils mehr oder weniger akuten Störungen im Gedeihen der Insassen der Säuglingsabteilung ereignen sich nicht zeitlich regellos, sondern drängen sich in einzelne Perioden zusammen, während andere Perioden frei bleiben.

2. Die durch ihr gleichzeitiges Auftreten zusammengefassten Störungen repräsentieren sich: a) Als einfacher oft wochenlanger Stillstand oder Nachlassen in der Gewichtszunahme bei nur unwesentlich gestörter Beschaffenheit der Entleerungen. b) Als mit oder ohne ephemere Fieberbewegung beginnende, durch geringe Schleimbeimengung ausgezeichnete, dyspepsieartige Erkrankungen, teils schnell vorübergehend, teils zur Chronicität neigend. c) Ebenso einsetzende, sich über Wochen mit Besserungen und Verschlechterungen (Neuerkrankung?) einhergehende, exquisit chronische, schleimige Diarrhoeen mit energischer Beeinflussung des Körperbestandes und häufig nach langer Zeit tötlichem Ausgang. d) Mit gleichem Stuhlbefund ohne wesentlich sonstige Erscheinungen unter rapider Abnahme in 8 bis 14 Tagen zum Tode führende Affektionen. e) Fieberhaft oder fieberlos beginnende, typische, schleimig-blutige Stühle zeigende Enteritiden. f) Ohne oder nach kurzen, einem der vorerwähnten Bilder entsprechenden Prodromen einsetzende, hoch fieberhafte, durch schweren Collaps und wässerigschleimige Stühle gekennzeichnete Brechdurchfälle mit Tod auf der Akme oder Übergang zumeist in 4 oder 5.

3. Unmittelbar vor dem Beginne einer Verschlechterung im Gesamtstatus der Stationsinsassen ist jedesmal die Aufnahme eines Kindes erfolgt, dessen Darmleiden klinisch und anatomisch mit den charakteristischen Typen der auf der Station entstehenden Erkrankungen übereinstimmte.

4. In den Intervallen zwischen den einzelnen Erkrankungscyklen sind unter den reichlich zugehenden, akut oder chronisch verdauungskranken Kindern keine solchen typischen Erkrankungen beobachtet worden.

5. Die verschiedenartigen in den Intervallen aufgenommenen Darmerkrankungen hatten keinerlei Neuerkrankungen zur Folge.

6. Die Zunahme der nicht sichtlich erkrankten bezw. rekonvalescenten Pfleglinge ist zu Zeiten der Intervalle erheblicher und konstanter als in den Erkrankungsperioden.

Die Deutung dieser Thatsachen ist nach dem Verf. folgende:

Die Gefährdung der Säuglinge in unserem Krankenhaus — und damit der Hauptnachteil des Spitales — beruht in erster und wesentlichster Reihe auf der häufigen Einschleppung einer hoch infektiösen Gastroenteritis, die sich klinisch verschiedenartig äussern kann und auch in sehr unscheinbarer Gestalt auftritt. Die oben erwähnten, nur scheinbar heterogenen Verlaufstypen sind somit unter eine ätiologische Einheit zu subsummieren. Im Gegensatz zu dieser entzündlichen Affektion erweist sich die Summe der übrigen Darmerkrankungen als nicht übertragbar.

Nach diesen Darlegungen kommt Verf. wieder auf die anfänglich gestellte Frage zurück, ob eine Anstaltsbehandlung von Säuglingen zu rechtfertigen sei, und beantwortet dieselbe dahin, dass wenn durch hygienische Verbesserungen (Quarantainezimmer usw.) die Infektionsgelegenheiten möglichst ausgeschaltet werden, die Bedenken gegen die Massenverpflegung der Säuglinge schwinden müssen.

Zum Schluss weist Verf. darauf hin, dass trotz der Vorteile der Vierteilung der Verdauungsstörungen der Säuglinge, wie sie die Wiener

Schule lehrt, das Causalitätsbedürfnis dadurch nur unvollkommen befriedigt werde, und dass Booker durch seine Einteilung in eine nicht entzündliche und eine entzündliche Gruppe, diese wiederum in eine bacilläre und Streptokokkenenteritis, die Erkenntnis gefördert habe. Im Hinblick hierauf unterscheidet Verf. zwei Gruppen von Cholera infantum:

1) Die infektiöse Form mit akut toxischen Erscheinungen. Kurze dyspeptische Prodromi mit oder ohne Fieber, oder plötzlich hohes Fieber; Erbrechen, profuse schleimig-eitrige Stühle, schwerster Collaps. Bei kräftigen Kindern Fieber bis zum Tode, bei schwachen subnormale Temperatur. Therapie machtlos. Bei der Sektion heftige Entzündung der Darmwand mit lymphatischer Schwellung. Im Urin Epithelcylinder, Leukocyten, Blut. Bei weiblichen Individuen Cystitis.

2) Die nicht infektiöse Form rein toxischen Ursprungs. Längere, mindestens 7 Tage lange dyspeptische Beschwerden. Schwerer Collaps mit Erbrechen und profusen Diarrhöen, jedoch nicht schleimig enteritisch. Fieber fehlt in den reinen Fällen. Im Urin Albumen und hyaline, selten Epithel-Cylinder. Cystitis fehlt meistens. Ist der Collaps überstanden, meist schnelle Erholung unter Besserung der Ausleerungen.

Köppen, Norden.

Recensionen.

Atlas der Syphilis und der venerischen Krankheiten. Von Prof. Dr. Franz Mracek. Lehmann's med. Handatlanten. Bd. VI. München, J. F. Lehmann, 1898. Preis 14 M.

Verf. ging von der Absicht aus, ein weiteren Kreisen zugängliches Buch zu schaffen, da die bisher vorhandenen Bilderwerke durch ihren Umfang und ihren Preis nur eine begrenzte Verbreitung finden konnten. Demgemäss war es nötig, die häufigsten und praktisch wichtigsten Affektionen auszuwählen, seltenere Erkrankungen, die nur das Interesse der Fachkreise erregen, beiseite zu lassen. M. teilt sein Thema in folgende Kapitel: Das primäre Stadium der acquirierten Syphilis, das sekundäre Stadium der Syphilis, das tertiäre (gummöse) Stadium der Syphilis, die hereditäre Syphylis, die venerischen Geschwürsformen, die Blennorrhoe. Das ganze Material ist auf 71 farbigen Tafeln nach Original-Aquarellen des Malers A. Schmitson und in 16 schwarzen Abbildungen niedergelegt. Für den Kinderarzt von besonderem Interesse sind die Tafeln 58, 59 und 60 a, b, c, welche die hereditäre Syphilis behandeln. Die Ausführung sämtlicher Tafeln ist ausgezeichnet; die Auswahl der dargestellten Erkrankungsformen hat überall das Interesse des praktischen Arztes im Auge, dem der Atlas nur auf das Wärmste empfohlen werden kann.

Dr. F. Schmey, Beuthen O.-S.

Die Anfänge des menschlichen Geistes. Von Julius Donath. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1898. Preis 1 M.

Die kleine Schrift enthält in gedrängter Kürze eine erschöpfende Darstellung alles dessen, was wir über die Entwicklung der geistigen

Funktionen bei Kindern wissen. Sie ist sehr fesselnd und anregend geschrieben, sodass die Lektüre dieses Büchleins dem Leser eine willkommene Bereicherung seines Wissens verschaffen wird.

Emanuel Fink, Hamburg.

Medizinische Deontologie. Ein kleiner Katechismus für angehende Praktiker. Von Privatdozent Dr. J. Pagel. Berlin, Oscar Coblentz, 1898. Preis 2 M.

Der bekannte medizinische Historiker P. legt in dem vorliegenden Werkchen seine Anschauungen über alle Verhältnisse des praktischen Arztes in hygienischer, sittlicher, ökonomischer und gesellschaftlicher Beziehung nieder. Das Ganze ist durchweht von historischem Geist, hohem sittlichem Ernst und doch durchaus praktischem Sinne. Das Werkchen sei der Lektüre eines jeden Arztes angelegentlichst empfohlen.

S.

Die Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsäure. Von Prof. Dr. Albert Landerer. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1899. Preis 12 M.

Bekanntlich hat L. im Jahre 1888 in der Münchener medizinischen Wochenschrift einen Aufsatz: „Eine neue Behandlungsmethode tuberkulöser Prozesse“ veröffentlicht, in welchem er, angeregt durch die günstigen Erfolge Sayres bei Behandlung spondylitischer Abscesse mit Perubalsam, seine Studien über die Behandlung von tuberkulösen Prozessen mit intravenösen Injektionen einer Perubalsamemulsion niederlegte. Mit diesem Aufsatze beginnt eine ganze Reihe von Veröffentlichungen L's. über dasselbe Thema, in denen er über die allmählichen Fortschritte seiner Methode und die mit ihr erzielten Heilresultate berichtet. Nachdem L. sich überzeugt hatte, dass das wirksame Prinzip des Perubalsams die Zimmtsäure ist, wandte er an Stelle der intravenösen Injektionen von Perubalsam solche von Zimmtsäure an. Wie alle Ärzte, welche sich mit dem Perubalsam, resp. der Zimmtsäure beschäftigen, begegneten auch L. Schwierigkeiten in der Beschaffung reinen unverfälschten Materials, er warnt daher eindringlich vor unreinen Präparaten und verwendet jetzt ausschliesslich chemisch reine synthetisch dargestellte Zimmtsäurepräparate und zwar vornehmlich Hetol, zimmtsaures Natrium, das er in wässeriger Lösung intravenös injiziert. Durch die übereinstimmenden experimentellen, mikroskopischen und klinischen Beobachtungen kann es nach L. als gesicherte Thatsache betrachtet werden, dass wir in der Zimmtsäure und ihren Derivaten ein die Tuberkulose stark beeinflussendes Mittel besitzen; ein Specificum gegen Tuberkulose ist die Zimmtsäure nicht. Was die Theorie der Zimmtsäurewirkung betrifft, so steht es einwandsfrei fest, dass die Zimmtsäure eine starke chemotaktische Wirkung besitzt. Namentlich auf Grund seiner ersten Beobachtungen mit intravenösen Injektionen der Emulsionen von Perubalsam resp. Zimmtsäune kam L, zu der Ansicht, dass die feinen Emulsionskörnchen gierig von den Leukocyten aufgenommen würden und so ihre Wirkung entfalteten. L. versucht auch jetzt noch, wo er bei Verwendung wässeriger Hetollösungen dieselben Erfolge erzielt, an einer ähnlichen

mechanischen Erklärung festzuhalten. Indessen halte ich das nicht für richtig. Ich verfüge über eine grosse Reihe ausgezeichneter Erfahrungen über Behandlung der Tuberkulose mit einem von mir angegebenen Zimmtsäurepräparat, nämlich mit Peru-Cognac. Auf Grund dieser Erfahrungen bin ich der Ansicht, welche im übrigen auch L. schon als möglich hinstellt, dass die Zimmtsäure sich im Sinne Behrings mit den Giften der Tuberkelbacillen zu unschädlichen Stoffen verbindet, wenigstens sieht man häufig sehr rasch eine sehr günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens und zwar schon zu einer Zeit, wo sich objektiv eine Besserung des lokalen Prozesses noch nicht nachweisen lässt. Alle seine bisherigen Erfahrungen hat Verf. in dem vorliegenden starken Bände zusammengefasst, welcher namentlich auch ausgezeichnet ist durch 241 Krankengeschichten von mit Zimmtsäure behandelten Patienten, welche an den verschiedensten Arten der Tuberkulose litten. Beigegeben sind dem Werke 26 Mikrophotogramme, 2 Holzschnitte und zahlreiche Kurven. Das Buch L.'s ist für die Behandlung der Tuberkulose geradezu als epochal zu betrachten und verdient das eingehendste Studium aller Ärzte, die zur Bekämpfung der verheerendsten Volksseuche beitragen wollen.

Dr. F. Schmey, Beuthen O.-S.

Der Diabetes mellitus. Von Prof. Dr. B. Naunyn. Wien, Alfred Hölder, 1898. Preis 12 M.

Die vorliegende Monographie über den Diabetes ist ein Teil des grossen Sammelwerkes von Nothnagel. In dem Buche ist mit grosser Ausführlichkeit und Vollständigkeit das gesamte weitschichtige Material dieser so viel beschriebenen Krankheit verarbeitet. Wenngleich also das Buch namentlich für den wissenschaftlichen Forscher auf diesem Gebiete von Bedeutung ist, so ist es doch bei der Häufigkeit, Wichtigkeit und bei dem Komplikationsreichtum der Zuckerkrankheit auch für den praktischen Arzt ein Nachschlagewerk von hohem Werte.

Dr. F. Schmey, Beuthen O.-S.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Notizen zur Parotitis epidemica Von Hochsinger. Verf. berichtet über einige seltene Vorkommnisse, welche er während zweier Parotitisepidemien in Wien zu beobachten Gelegenheit hatte.

1) Beobachtete er einen Fall von Nephritis acuta hämorrhagica mit Urämie, welche bei einem 7jährigen Knaben am 11. Tage nach Beginn der Mumpserkrankung plötzlich mit Kopfschmerzen, Erbrechen usw. zum Ausbruch kam, nachdem die parotitischen Schwellungen bereits zurückgegangen waren. Nach 6 wöchentlichem Krankenlager trat Genesung ein.

2) bei einem 11jährigen Mädchen erlebte er eine mehrmalige Erkrankung an Mumps, insofern dasselbe während der Herbstepidemie

1896 und dann wieder während der Frühjahrsepidemie 1898 gleichzeitig während einer Morbillenerkrankung von Parotitis befallen wurde.

3) beschreibt er 2 Fälle, in welchen er mit aller Sicherheit eine Inkubationszeit von mindestens 3 $^1/_2$ Wochen feststellen konnte.

4) fand er zweimal in einer Familie Masern und Mumps gleichzeitig an einem und demselben Kinde entwickelt, einmal Mumps und Varicellen und 3mal Influenza und Mumps. (Centralblatt für Kinderheilkunde, 1898. No 12). Klautsch, Halle a. S.

— Lobar pneumonia in a child aged three. Von D. C. Mc Callum. Bei einem 3jährigen Kinde, welches unter allgemeinen Symptomen einer akuten Lungenaffektion erkrankte, wurde am nächsten Tage bei der Aufnahme in das Hospital eine Pneumonie des linken Unterlappens nachgewiesen. Am 6. Tage kritischer Abfall der Temperatur, aber nur auf die Dauer von 3 Tagen. Im Laufe der nächsten 9 Tage schwanden allmählich die physikalischen Zeichen der Lungenerkrankung; trotzdem trat eine Temperatursteigerung ein, welche ausgesprochen auf einen septicämischen Prozess hinwies. In den nächsten 6 Wochen schwankte die Temperatur zwischen einer Höhe unter der Norm bis zu 42° (108° F.). Ebenso wie pleuritische Erscheinungen nicht nachweisbar waren, blieb die bakteriologische Blutuntersuchung (Widal'sche Probe) negativ. Es fehlte jeder Anhalt für die Herkunft der Pyrexie. Dabei war das Kind stets munter und vergnügt, ass mit vorzüglichem Appetit. Allmählich liess die Temperatursteigerung nach und nach fast dreimonatlicher Behandlung trat völlige Genesung ein. (The Montr. med. journ. 1898.)

v. Boltenstern, Bremen.

— Un cas d'infection staphylococcique du sang et du liquide céphalorachidien. Von Lesné. Der Fall von einer Staphylococceninfektion des Blutes und der Cerebrospinalflüssigkeit bei einem halbjährigen Kinde ist interessant, weil sie nachweisbar war ohne Pyämie. Nachdem innerhalb 2 $^1/_2$ Monate durch Asepsis und Antisepsis der Haut und durch hygienische Massnahmen die Affektion geheilt war, erkrankte das Kind nach 14 Tagen an Masern und starb an einer Bronchopneumonie. Die Obduktion ergab nichts, was auf die erste Erkrankung sich bezog. Schwierig ist die Feststellung der Infektionsquelle. Ebenso wie der Digestions- oder Respirationstractus als Ausgangspunkt absolut ausgeschlossen sind, scheinen es fast Hautaffektionen werden zu müssen, weil zu Beginn der Erkrankung irgend welche Erscheinungen seitens der Haut fehlten. Aber wenn die exogene Infektion ausreicht, um oberflächliche Hautsuppurationen, wie Furunkeln und Pusteln zu erzeugen, kann vielleicht der hämatogene Ursprung in den tiefen Abscessen der Lumbalregion und der behaarten Haut gesucht werden, welche langsam lich ausbildend mit der Höhe der Allgemeinfektion coincidierten. (Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1898.)

v. Boltenstern, Bremen

— Ueber künstliche Säuglingsernährung. Von E. Schlesinger. Mit künstlicher Ernährung können gute Erfolge nur dann erziehlt werden, wenn der Säugling unter gleich günstige Verhältnisse gebracht wird, welche das Gedeihen des Brustkindes bedingen. Den Weg, auf welchem, soweit

es überhaupt möglich ist, dieses Ziel erreicht werden kann, zeigt die Diätetik. Sie lehrt, wie die Nahrung beschaffen sein soll, nicht allein, sondern auch, welche Nahrungsmenge dem Alter des Kindes entspricht. Sie ist der wichtigste und beachtenswerteste Faktor. Falsch dagegen und fehlerhaft ist es, die Aufmerksamkeit allein auf die Nährmethode zu richten, die Diätetik als untergeordnete Angelegenheit zu vernachlässigen. Jede rationelle Methode kann zum Ziele führen, wenn den Regeln der Diätetik entsprochen wird. Keine wird etwas nutzen, wenn andauernd gegen die Prinzipien der Diätetik Verstösse gemacht werden.

Verf. resümiert den Inhalt seines Vortrages, dessen Einzelheiten hier nicht näher erörtert werden können, in folgende Thesen:

I. Der Erfolg der künstlichen Säuglingsernährung beruht in erster Linie auf der Diätetik.

II. Die Diätetik besteht: 1) in der Darreichung einer chemisch und bakteriologisch möglichst tadellosen Kindermilch und 2) in der Innehaltung einer sich streng den physiologischen Verhältnissen anpassenden Nahrungsmenge, welche die Magenkapazität für die einzelne Mahlzeit berücksichtigt und als tägliches Gesamtquantum dasjenige eines normal sich entwickelnden Brustkindes — in seinem Durchschnittstypus — zum Muster nimmt.

III. Die Ernährungsmethode ist der Diätetik gegenüber von untergeordneter Bedeutung.

IV. Unter den Kuhmilch-Nährmethoden sind diejenigen die rationellsten, welche den gleichen Nährwert, wie die Frauenmilch besitzen. (Ther. Monatsh. 98). v. Boltenstern. Bremen.

— Über die Gefahren der Karbolsäure bei Kindern sprach Comby in der Société médicale des hôpitaux in der Sitzung vom 8. Juli 1898, indem er ein fünfjähriges Mädchen vorstellte, das wegen Otorrhoe 10 Tage lang mit warmen Ohreinspritzungen einer $1\frac{1}{2}$ prozentigen wässerigen Karbolsäurelösung und Einträufelnngen einer 5 prozentigen Karbolsäurelösung in Glycerin behandelt worden war. Zwei Tage nach Aussetzen der Karbolsäurespülungen begann das Kind blutigen Harn zu lassen, der später eine schwarze kaffeeähnliche Farbe annahm. Das Kind litt 14 Tage lang an abundanter Hämaturie. (Therapeutische Monatshefte, 1899, No. 1). Dr. F. Schmey, Beuthen O.-S.

Receptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.

Resorcin. 2,0
Antipyrin. 1,0
Aq. destillat. 70,0
Tct. Op. spl. gtt. III.
Tct. Bellad. gtt. VIII.

Rp.

Protojodur. Hydrarg. 0,2
Sacch. alb. 10,0
Div. in aequ. part. No. XV.
DS. tgl. 3 P.

oder:

Syr. Codein 10,0
Syr. Cedr. 20,0
MDS. 1—2 stdl. 1 Kaffeelöffel (für Säuglinge)
1 Kinderl. (1—3 J.)
1 Esslöffel (über 3 J.)

Pertussis.

(Concetti.)*)

Rp.

Stront. bromat. 6,0
Stront. jodat. 12,0
Aq. destillat. 40,0
Aq. menth. piper.
Syr. menth. piper. aa. 20,0
MDS. 3 mal tägl. 1 Theel.

Morbus Basedow.

(Lockhart-Gillespu.)

Rp.

Syr. ferr. jodat. 10,0
— Fur. Cort.
— simpl. aa. 20,0
MDS. täglich kaffeelöffelweise

oder:

Rp.

Jod. pur. 0,1
Ol. Jecor. Asell. 100,0
DS. tägl. 1 Kaffeel.

Syphilis hereditaria.

(Aus: »Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten« von Dr. Kafka.)

Rp.

Emplastr. Hydrarg.
— saponat. aa. 30,0
DS. auf Leinwand zu streichen und die kranke Stelle damit zu bedecken.

Lupus erythematodes.

(Ibid.)

Kleine Mitteilungen.

Der XVII. Kongress für innere Medizin findet vom 11. bis 14. April 1899 zu Karlsbad statt. Das Präsidium desselben übernimmt Prof. Quincke, Kiel. Zur Verhandlung kommen als Hauptthemata: Am 1. Sitzungstage: Die Insufficienz des Herzmuskels. Referenten: L. v. Schrötter-Wien und Martini-Rostock. Am 3. Sitzungstage: Leukämie und Leukocytose. Referenten: Löwit-Innsbruck nnd Minkowski-Strassburg. Ausserdem ist noch eine grosse Reihe von Vorträgen aus dem Gebiete der inneren Medizin angemeldet. — Teilnehmer für einen einzelnen Kongress — eine Teilnehmerkarte kostet 15 M. — können sich an Vorträgen, Demonstrationen und Diskussionen beteiligen. — Mit dem Kongress ist eine Ausstellung von neueren ärztlichen Apparaten, Instrumenten, Präparaten usw., so weit sie für die innere Medizin Interesse haben, verbunden. Anmeldungen hierzu sind an Hern L. v. Mattoni-Karlsbad zu richten.

---

*) Zu bemerken ist bei dieser Verordnung, dass die Dosen sehr hoch begriffen sind und man gut daran thun wird, dieselbe mindestens auf die Hälfte zu reduzieren. (Anm. d. Red.)

Verlag des „Reichs-Medicinal-Anzeigers" B. Konegen, Leipzig.
Druck von Jul. Brandstätter, Leipzig.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark, mit „Der Frauenarzt" zusammen bezogen statt 24 M. nur 20 M. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Katalog No. 3940) sowie auch die Verlagsbuchhandlung gern entgegen.

X. Jahrg. **7. April 1899.** **Heft 4.**

Der erste bleibende Molar mit Berücksichtigung der Praxis bei Kindern.

Von Zahnarzt Wille in Worms.

(Fortsetzung statt Schluss.)

Es ist kein Zufall, dass die gütige Natur den so viel angefeindeten Zahn als den grössten geschaffen hat. Will sie nicht einen Wink geben, dass wir ihn auch für den wichtigsten halten sollen?

Vor mir liegen einige Abdrücke von tadellos schönen Kiefern Erwachsener, die sämtliche Zähne zeigen, und solche, in denen der erste Molar frühzeitig, und zwar wahrscheinlich vor dem zwölften Jahre gezogen wurde. Während in jenen die prächtige und nahezu gleichmässige Wölbung des harten Gaumens, die ebenmässige Festigkeit des Alveolarfortsatzes, die schöne Rundung des Zahnbogens und die kräftig ausgebildeten schmelzstarken Zähne die Quittung der Natur sind für den zur Zeit des Zahnwechsels gesund erhaltenen Mund und das knöcherne Substrat auf schöne Linien des Antlitzes ihrer Besitzer schliessen lässt, finden wir hier ungleich gewölbte Gaumen, ungleich gerundete Kieferbögen, an den Stellen des extrahierten Zahnes stark resorbierte Alveolarfortsätze, die hinteren Backenzähne nach innen oder vorn geneigt und unter Umständen dem Kauakt entzogen, der Kieferbogen endlich in der

Längenausdehnung erheblich gekürzt, den Biss zur Prognathie hinneigend oder gar letztere ausgebildet, einzelne Zähne durch Verlust des Antagonisten verlängert, sodass wir aus der Betrachtung der fehlerhaften Kiefer ohne weiteres auf Unregelmässigkeiten in der Gesichtsbildung schliessen dürfen, wie es auch die Thatsachen zeigen.

Es sei gestattet ein goldenes Wort Röse's[1]) anzuführen, das verdiente über den Eingang zu jeder Kinderstube eingeschrieben zu werden: „In ganz unverantwortlicher Weise werden auch von einsichtigen Eltern die Milchzähne der Kinder vernachlässigt infolge der irrigen Erwägung, dass sie ja doch gewechselt würden. Demgegenüber kann nicht eindringlich genug betont werden, dass auch hohle Milchzähne rechtzeitig gefüllt werden müssen, damit sie bis zur regelrechten Zeit des Zahnwechsels kautüchtig erhalten bleiben. Je kräftiger ein Kind seine Milchzähne benutzt, um so besser und widerstandsfähiger werden die bleibendenden Zähne ausgebildet!" In dieser Erkenntnis sind uns die Amerikaner weit voran. Ein reizendes rotwangiges 3jähriges Kind, das wir täglich auf der Promenade des Anglais zu Nizza beobachteten, wie es mit grösstem Eifer in sein zweites Frühstück, eine trockene altbackene Semmel, einbiss, dass die Bröckchen sprangen, illustrierte das am besten. Die Mutter, eine Amerikanerin, wollte ihrem Kinde ein festes Gebiss anerziehen und fand, dass ihr Liebling sich vorzüglich dabei entwickelte. Wenn Warnekros von den Neapolitanern sagt, dass sie mit weit geöffnetem Munde abbeissen und dadurch zu vollendet kräftigen Kiefern kommen, so ist der Grund der, dass sie, wie wir täglich beobachten konnten, in die Limonen und andere Früchte, welche bedeutenden Umfang haben und an Grösse bei uns von keinem Apfel erreicht werden, ohne sie mit dem Messer zu zerkleinern oder die Schale zu entfernen, einbeissen und den Mund hübsch öffnen müssen und so durch vermehrten Muskelzug, erhöhte Drüsenthätigkeit, stärkere Nerventeilnahme den Stoffwechsel der Kiefer wie der Zähne fördern. Warum denn finden wir in Westfalen, Niedersachsen, Mecklenburg die herrlichen festen, rechtwinkligen Unterkiefer mit breitem Kinn? Sollte da nicht Pumpernickel resp. Schwarzbrot, das nur alle 2 bis 3 Wochen frisch gebacken wird und aus Sparsamseit altbacken gegeben wurde, wie das Sprichwort in meiner Heimat sagt: „oll Knust höllt Hus", Schuld sein? Unbedingt. Denn ausser der durch die kräftige Mastikation bedingten Zunahme der Kalksalze in den Zähnen wirkt die Kleie, welche dem nur grob gemahlenen Brote anhaftet, zahnputzend. Es ist eines jener grossen Geheimnisse dee Natur, das man ihr zum Heile der Menschheit abgelauscht hat, selbst Knochengebilde durch reichlichere Nahrungszufuhr zu stärkerer Entwicklung zu bringen. Zeigte doch dem Verfasser eines Tages ein bekannter Kliniker Berlins an dem Mittelfinger seiner linken Hand auf der Mittelphalange eine starke Exostose, welche durch die täglich geübte Perkussion vieler Patienten herbeigeführt war. Wir selbst vermochten bei einem sechzig Jahre alten Herrn von allerdings fester Gesundheit durch geeignete Massage eine seit Jahren bestehende Knochenauftreibung, die von einem periostitischen zweiten oberen Prae-

[1]) C. Röse. Zahnärztliche Rundschau Jahrg. 1894 No. 119. Die Zahnverderbniss unter den Schulkindern Freiburgs.

molaren ausgegangen war, zur Rückbildung zu bringen. Also Zunahme wie Abnahme der Ossifikation — wenn der Ausdruck gestattet sein darf — hat der Arzt in der Hand. Da nun nach Röse (in seiner Eingangs zitierten (S. 53) Arbeit) die Ablagerung von Zahnbein an der Oberfläche der Pulpe zeitlebens fortdauert, so haben wir es ganz in der Hand, einen schwach entwickelten Zahn durch stärkeren Gebrauch zu kräftigen, vorausgesetzt, dass nicht bereits Caries vorliegt. Ebenso fand Kühns[1]), dass die festen Substanzen im Zahne zu-, die flüssigen abnehmen. In Uebereinstimmung damit fand Black[2]), dass die Zunahme an Dichtigkeit in der frühen Jugend (etwa bis zum 17. Jahre) am bedeutendsten ist, um dann langsamer zu werden; etwa vom 50. Jahre an wird sie wieder schneller.

Black kommt zu dem merkwürdigen, wie Jung sich ausdrückt, verblüffenden Resultat, „dass er absolut keine direkten Abhängigkeitsbeziehungen zwischen der Dichtigkeit der Zähne und ihrer Caries findet.“ Er ist überzeugt, dass bei verschiedenen Individuen die mittlere Dichtigkeit der Zähne annähernd dieselbe ist, auch dann, wenn betreffs Auftreten von Caries ein grosser Unterschied konstatiert werden kann. Verschiedenheiten in der Stärke der Zähne haben keinen Einfluss auf die Prädisposition zur Caries, Verschiedenheiten in der Dichtigkeit oder im Prozentgehalte der Kalksalze ebenso wenig. Die Caries hängt nicht von irgend welchem Zustand der Zahngewebe ab, sondern einzig und allein von den Zuständen der Umgebung.“ Diese aber haben wir jederzeit in unserer Hand. Zunächst durch physiologische Kräftigung des gesamten Kunapparates. Schon Hyrtl sagt in seiner topographischen Anatomie, dass es Leute gäbe, welche Pfirsichkerne aufbeissen, „wozu eine Druckkraft von 4—5 Zentnern gehört,“ und Black[3]), der sich einen eigenen „Gnathodynamometer“ konstruierte, beobachtete, ohne dass die untersuchten Personen die Muskelkraft bis zum Ende ihrer Leistungsfähigkeiten ausdehnten, zwischen 30 und 270 Pfund Kaudruck. „Die geringste Leistung ergab ein Mädchen von 7 Jahren, indem sie mit den Schneidezähnen einen Druck von 13,6 kg. und mit den Backzähnen von 30 kg. ausübte.“ Also ein eben erst schulpflichtiges Kind hat eine Kaukraft allein in den Backzähnen von mehr denn einen halben Zentner! „Die Kraftäusserung hängt nicht allein von der Entwickelung der Muskeln, sondern auch von der Befestigung der Zähne ab“ (Black). Mögen wir uns nun an Black anschliessen, der direkte Abhängigkeitsbeziehungen zwischen der Dichtigkeit der Zähne und ihrer Caries durchaus leugnet, oder mit Röse und Miller eine Wechselbeziehung zwischen Caries der Zähne und ihrer Struktur annehmen, so haben wir für die Praxis gleichwohl nur einen Weg, der Caries nach Kräften zu steuern; denn darin sind alle Praktiker einig, dass im gleichen Falle der Erkrankung derjenige Zahn eher der Vernichiung anheimfällt, welcher am kalkärmsten ist, wie wir täglich in

[1]) Kühns, C., Inaugural Dissertation. Untersuchungen über die chem. Zusammensetzung der harten Zahnsubstanzen des Menschen in verschiedenen Altersstufen. Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde 1895.

[2]) Black, G. V. An investigation of the physical characters of the human tuth in relation to their discnses and to practical dental operations together with the physical charakters of filling materials. Dental Cosmos 1895 cit. nach Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde. April 1896.

[3]) Black, G. V. l. e.

der Praxis sehen. Aber ebenso oft beobachten wir, dass jene blauen Zähne, deren Widerstandsfähigkeit bei Dichtstand gering ist, sobald wir sie bei Personen mittleren Alters noch antreffen, an Festigkeit den besten Zähnen nichts nachgeben. Ferner wird auch Black nicht bestreiten, dass durch kraftvollen Kauakt der Kiefer im Längen- und Dickenwachstum erheblich beeinflusst wird, und das ist beim Durchbruch der bleibenden Zähnen sehr wichtig. Wir haben also, wie aus dem Gesagten hervorgeht, die Aufgabe, durch rechtzeitige Entwicklung der Muskulatur im Beiss- und Kauakt, durch wohlüberlegte Pflege der Milchzähne, durch zeitweise angestrengtes, mühevolles Kauen (hartes Brot, Rinde etc.) Knochengewebe und Muskulatur zu stärken.

Ungenügendes Kauen, ungeeignete Nahrungsmittel (weiches Brot, Purée etc.) sind die stärksten Noxen des kindlichen Gebisses.

Die Befestigung der Zähne beruht ebensowohl auf gut entwickeltem Alveolar-Fortsatz wie auf straffem gesunden Zahnfleisch. Ein Mund, in dem es von pathogenen Bakterien wimmelt, Zahnhöhlen mit gährenden Speiseresten, mit Pulpitiden oder Periostitiden kann nur ungleichmässig kauen. Exfoliationen des Zahnfleisches oder gar Lockerung machen gehörige Einspeichelung illusorisch.

Sollte sich, wie bei einem so scharfen Beobachter, wie Black, dessen Auge durch dreissigjährige Praxis geschärft ist, anzunehmen ist, die Theorie von den fehlenden Abhängigkeitsbeziehungen zwischen Dichtigkeit der Zähne und Caries bewähren, so müssten alle Klagen jener verstummen, deren bläuliche, bläulichweisse oder rötlich gefärbte Zähne ohne weiteres als das non plus ultra der Hinfälligkeit angesehen wurden. Hat man doch bis vor kurzem noch in kalkarmen Wasser geglaubt eine der Ursachen für diese „kalkarmen" Zähne sehen zu müssen; ja selbst Röse musste seine dahin gehende Ansicht in dem Aufsatz über die Ursachen der Zahnverderbnis in den Schulen von Freiburg i. B. von Dieck[1]) dahin korrigieren lassen, „dass in Frankreich die Caries am seltensten auf kalkarmen und am häufigsten auf kalkreichem Boden ist." „Für die stärkere oder schwächere Ausbildung der Zähne kommt aber ein wichtiges aktives Moment in Frage, nämlich die Energie, mit welcher die spezifischen morphologischen Bildungselemente des Zahnes, die Ameloblasten des Schmelzorgans, die Osteoblasten des Zahnsäckchens resp. Zahnperiostes und vor allen Dingen die Odonblasten der Pulpa imstande sind, die ihnen zugeführten Kalksalze zur Aussscheidung zu bringen. Wo diese Energie nicht auf normaler Höhe steht, da dürfte es auch ohne Bedeutung sein, in welcher Menge die Kalksalze zugeführt werden, wenn dieselbe nur nicht unter der Norm bleibt."

Ob wir einer Gravida mehr Kalk, in welcher Form immer geben, ihre Zähne werden, wenn sie prädisponiert ist, ebenso leiden wie ein rhachitisches Kind trotz aller phosphorsauren Kalkpräparate seine Assimilationsfähigkeit für Kalk nicht erhöht, wenn nicht die Grundursache der Erkrankung beseitigt wird.

Berten[2]) hat das Verdienst, die Magitot'sche Entdeckung von den

---

[1]) Wilh. Dieck. Die Resultate der Untersuchung der Bodenbeschaffenheit in ihrem Einfluss auf die Caries der Zähne. Deutsche Monatsschrift für Zahnheilk. Dezember 1895.

[2]) J. Berten. Die Hypoplasie des Schmelzes s. o.

Ursachen der Schmelzhypoplasie in seiner Abhandlung über diesen Gegenstand derartig wissenschaftlich beleuchtet und erweitert zu haben, dass wir zu dem Satz kommen, dass alle Formen der Hypoplasie aus den einfachen Grübchen entstehen und aufzufassen sind als der Ausdruck der grösseren oder geringeren Heftigkeit und der längeren oder kürzeren Dauer einer während der Verkalkung auftretenden Störung von allgemeinem Charakter. Jede Erkrankung, welche also geeignet ist, eine allgemeine Ernährungsstörung herbeizuführen, kann Hypoplasie hervorbringen.

Solche Krankheiten sind in erster Linie „die verschiedensten Erkrankungen des zentralen Nervensystems selbst, wohin die Meningitiden und die isolierten Gehirntuberkel zu rechnen, als auch jedes Fieber bei Entzündung des Respirations- oder Verdauungstractus, sowie alle exanthematischen Erkrankungen, ganz besonders der Rhachitis, spezielle Schädelrhachitis.“ Berten bestreitet, dass Convulsionen als Ausdruck selbständiger Erkrankung aufgefasst werden dürfen. Er sieht in ihnen nur Symptome einer Erkrankung des zentralen Nervensystems.

Hieraus wird leicht erkannt werden, warum am häufigsten die ersten bleibenden Molaren von Hypoplasie befallen werden. Störungen in der zweiten Hälfte des Fötallebens und den ersten drei oder vier Lebensmonaten', in welch' letzteren bei der grossen Widerstandslosigkeit kindlicher Organe ganz besonders häufig jene Schädigungen beobachtet werden, führen also meist zur Schmelzunterbildung bei ihnen.

Diese Erkenntnis führt in Bezug auf den ersten bleibenden Molaren zum Prinzip rationeller Ernährung und des Aufgebens symptomatischer Behandlung. Es handelt sich hier um einen so wesentlichen und für unser gesamtes vegetatives Leben bedeutsamen Teil unseres Knochensystems, dass es trotz der scheinbaren Kleinheit des Gegenstandes gerade für den behandelnden praktischen Arzt von hoher Wichtigkeit sein dürfte, auch auf diese Nachkrankheit jener Erkrankungen zu achten.

Um darauf hinzuweisen, wie nach dieser Richtung hin ungenügende Ernährung sich geltend macht, sagt Berten: „Durch die künstliche Ernährung werden dem kindlichen Organismus die zu seinem Aufbau nötigen Kalksalze vorenthalten, andrerseits das für den kindlichen Magen schwer verdauliche Stärkemehl zugeführt. Werden nun noch diese Nahrungsmittel durch Mikroorganismen (hauptsächlich im Sommer) zersetzt, so sind Störungen des Verdauungstraktes unausbleiblich, welche sich durch Erbrechen und Diarrhöen äussern. Hierdurch wird dann die Störung der Ernährung des Organismus bedingt, die sich an den Zähnen in der Form der Hypoplasie ausspricht.“ „Wird mit der künstlichen Ernährung gleich nach der Geburt begonnen, so treten auch die Störungen bald auf, denn je jünger das Kind, desto leichter und stärker reagieren dessen Verdauungsorgane auf jede Schädlichkeit“ (Kassowitz)[1]. „Der Zeitpunkt der Entwöhnung markiert sich fast regelmässig durch den Beginn der Hypoplasie“ (Berten). Und zwar in verschiedener Form, je nach Heftigkeit und Dauer der Einwirkung.

---

[1]) **Kassowitz. Syphilis als Ursache der Rhachitis. Intern. med. Kongress. London 1881**

Derartige Erosionszähne, wie man sie auch nennt, sind übrigens durchaus in ihrem Grössendurchmesser nicht verkürzt, sie stehen keineswegs an Volumen hinter normalgebildeten zurück und wiewohl makroskopisch und mikroskopisch durch die strichartige globuläre Kalkablagerung unter der Schmelzdecke die gesamte Struktur als fehlerhaft bezeichnet werden muss, so ist bei Ausheilung des Defektes durch einen geschickten Zahnarzt der Zahn in späteren Lebensjahren keinen grösseren Gefahren ausgesetzt wie jeder andere auch.

Gleichwohl wird es sich nie vermeiden lassen, dass der erste Molar zuweilen der Zange zum Opfer fällt.

Sehen wir, welche Folgen eine frühzeitige, vor Erscheinen des zweiten Molaren, also vor dem zwölften Jahr, ausgeführte Extraktion des Zahnes haben wird.

Fällt der Zahn bald nach seinem Durchbruch, wie das in durchseuchtem Munde zuweilen der Fall ist, der Zange anheim, so ist der Mund, von eitererregenden Resten der Milchzähne abgesehen, zahnlos. Das Kind ist übel dran. Harte Nahrung ist unmöglich, der Kiefer ist im Zustand der Unterernährung und wird verkürzt. Erscheinen jetzt die bleibenden Schneidezähne, so haben sie allein allen Kauakt auszuhalten, werden in dem weichen kindlichen Knochengerüst fast horizontal nach vorn gedrängt und geben zu einer Missbildung des Mundes Veranlassung, die man in Niedersachsen treffend als „Trompetermund" bezeichnet. Dieser Zeitpunkt der Extraktion von allen vieren gleichzeitig oder je eines in einem Kiefer, doch so, dass Antagonisten nicht verbleiben, ist der denkbar ungünstigste. Diesen Zustand bezeichnet Sternfeld[1]) als Opisthognathia pathologica oder Prognathia pathologica. Er wendet die erstere Bezeichnung für den pathologisch verkürzten Oberkiefer, die letztere Bezeichnung umgekehrt an. Er sagt betreffs der Ursache: „Beginnen wir mit dem pathologischen Prognathismus der Zähne, so kommt derselbe am häufigsten dadurch zu Stande, dass sich die ersten bleibenden Molaren mangelhaft entwickelten oder durch Caries frühzeitig (d. h. vor vollendeter normaler Ausbildung der Vorderzähne) zu Grunde gingen. Andrieux hat in seiner Monographie über der sechsjährigen Molaren mit Recht auf die wichtige Aufgabe dieses Zahnes hingewiesen, welche vorzugsweise darin besteht, während des Zahnwechsels die beiden Zahnreihen auseinander und so den durchbrechenden bleibenden Zähnen für ihr Längenwachstum gewissermassen Platz frei zu halten. Gelingt es diesem Zahne aus dem einen oder dem andern Grunde nicht, seine Aufgabe zu erfüllen, seine Wirksamkeit zu entfalten, so ist die Folge davon, dass die oberen Vorderzähne, welche beim Zusammenbeissen an ihren Lingualflächen den ganzen Druck der Kaumuskeln aufzunehmen haben, nach vorne ausweichen müssen; fällt der Keil, als welchen wir die beiderseitigen Molaren aufzufassen haben, fort, so kommt beim Zahnschluss die untere Zahnreihe der oberen so nahe, dass die oberen und unteren Vorderzähne sich nicht mehr in einer vertikalen Ebene entwickeln können, sondern eine Reihe ausweichen muss, und zwar ist dies immer die obere Reihe, da diese ohnhin fast niemals ganz vertikal steht und da die Tubercula

[1]) Sternfeld A. Anomalien der Zähne. Scheff, Handbuch Bd. I.

der oberen Vorderzähne eine Art schiefer Ebene bilden, welche die successive Lageveränderung begünstigt. Andrieux hat auch übrigens auf die hohe Bedeutung aufmerksam gemacht, welche die ersten bleibenden Molaren als Kauorgane haben, indem dieselben während des Zahnwechsels die Zerkleinerung der Speisen übernehmen. Würde diese Aufgabe den im Durchbruch begriffenen zufallen, so möchte auch hierdurch manche Ablenkung von der normalen Bahn stattfinden."

Die von Sternfeld noch angeführten drei üblen Gewohnheiten, welche zur Prognathie führen und eventuell zum offenen Riss, nämlich 1. das sogenannte Daumensaugen, 2. das Lippensaugen oder Lippenbeissen, 3. das Pressen mit der Zunge, können uns hier nicht beschäftigen.

(Schluss folgt.)

Zur Diagnose der Rubeolae.

Von Dr. Leopold Bruck in Budapest.

Der Umstand, dass namhafte Autoren die Existenz der Rötheln leugnen, vielmehr sie für eine besondere Form von Masern, nicht selten für die Varietät eines leichten und absonderlichen Scharlachs betrachten, erschwert im Einzelfall ungemein die Stellung einer exacten Diagnose, zu deren Sicherung vielfach Schlüsse per exclusionem nötig sind. — Denn es muss zugegeben werden, dass die Symptome der Rötheln oft so schwach ausgeprägt sind, dass eine Verwechslung mit anderen acuten Exanthemen nicht ausgeschlossen erscheint, zumal mit solchen, die sich bei jüngeren Kindern als Folge von zum grössten Teil uns unbekannten, inneren und äusseren Reizen auf der Hautdecke zeigen und als Erytheme, Roseolae oder Urticaria bezeichnet werden. — Die sorgfältig erforschte Anamnese, das vorsichtige Zusammenstellen der prononcierteren Krankheitserscheinungen, jener des Initialstadiums als auch der der Florition, endlich die nicht übereilte Abschätzung des Gesammteindruckes des Krankheitsbildes können uns hier für die Differentialdiagnose unschätzbare Dienste leisten; denn die Rötheln haben so viel Eigenartiges an sich, dass man sie mit Recht für eine besondere acute Infektionskrankheit darstellen kann, wo die Diagnose zugleich die Prognose in sich schliesst. —

Schwierig bleibt immer, — wie auch Jürgensen betont — die Unterscheidung der Rubeola von leichten Masern; eine Verwechslung mit Scharlach dürfte kaum vorkommen. — Der klinische Scharlach ist so charakteristisch, dass es dem erfahreneren Praktiker unschwer ist, die Grenzen zwischen ihm und den Rubeolen abzustecken und ein „leichter Scharlach" im Sinne gewisser Pädiater kommt nicht vor, gleichwie die Rubeola scarlatinosa oder morbillosa nur Verbalbedeutung haben. — Mit Namensunterschieden klärt man nicht das Dunkel gewisser Krankheitsformen, sondern schafft nur Verwirrungen, ja sogar erheblichen Schaden. —

Nil Filatow spricht im Archiv für Pädiatrik (VII. 1882) von einer Familie, wo acht Kinder und die Erzieherin an einem acuten Exanthem erkrankten, welches durchaus dem des Scharlachs ähnlich war und F. auch bestimmte, Scharlach zu diagnosticieren. — Drei Jahre später (1885) trat in derselben Familie Scharlach auf, dem auch ein Kind zum Opfer

fiel, worauf F. seine frühere Diagnose korrigierte und behauptete, nun mit Sicherheit annehmen zu können, dass das Exanthem von 1882 kein Scharlach, sondern Rubeola scarlatinosa gewesen!! Nehmen wir an, F's „korrigierte Diagnose" betrifft Personen, die ihrer Armut wegen auf die Isolierabteilung der Scharlachkranken überführt werden; wir wollen nicht weiter ausspinnen, was da alles geschehen könnte. —

Für die Specifität der Rötheln spricht, dass ihr Überstehen weder einen Schutz für andere acute Exantheme verleiht, noch deren Überstehen vor ihnen schützt; was sie aber für einen „morbus sui generis" machen würde, nämlich die Entdeckung des ihr zu Grunde liegenden Krankheitserregers, steht uns als Beweismoment nicht zu Gebot, und fielen alle diesbezüglichen bacteriologischen Untersuchungen stets negativ aus. —

Die Rubeolae sind, wie es die Praxis bestätigt, eine selbständige Krankheit, und dadurch gekennzeichnet, dass 2—3 Wochen nach geschehener Infektion alle ihre Begleiterscheinungen schwach, diskret auftreten und sich in kurzer Frist abspielen. — Es fehlen ihr die langen, schweren Prodomi, die erheblichen Allgemeinsymptome und die Komplikationen, Eigenheiten, wie sie den Masern zukommen. —

Gewöhnlich setzt die Krankheit plötzlich ein, manchmal klagen die Kranken 1 — 2 Tage lang über Abgeschlagenheit, haben einen geringen Schnupfen, etwas Hals- und Kopfschmerzen, hie und da Schmerzen in den Gelenken, ohne Temperaturerhöhung und ohne Pulsbeschleunigung. Die Ausbreitung des Exanthems geht schubweise vor sich, in 1—2 Tagen ist der Körper von demselben bedeckt; es befällt zuerst die Kopfhaut, dann das Gesicht, den Hals, den Rücken, die Brust, die Arme und zuletzt die unteren Extremitäten, ja sogar die Handflächen und die Fusssohlen. —

Eine Sonderheit des Ausschlages ist, dass er sich in der Richtung von oben nach unten ausbreitet und im Gesicht, an den Streckseiten der unteren Extremitäten und am Gesässe am stärksten sichtbar wird. — Sein etappenweises Erscheinen macht es verständlich, dass z. B. das Gesicht bereits im Erblassen begriffen ist, während sich an den Extremitäten die höchste Röthe zeigt. Das Exanthem besteht anfänglich aus wenigen, hellroten, unregelmässig gestalteten, manchmal kreisrunden Flecken, die kleiner sind als die Masern und nicht zusammenfliessen, oft durch röthliche Streifen mit einander communicieren, wodurch die Haut ein marmoriertes Aussehen gewinnt. — In anderen Fällen sind kleinere Flecken mit grösseren gemischt, die kleineren pflegen sich um die grösseren anzuhäufen und gleichsam mit ihnen Gruppen zu bilden. Am Rücken und an den bedeckten Körperteilen sind miliare Bläschen nachweisbar. Am 2ten Tage ihres Bestehens werden die Flecken dunkelrot und vor ihrem Verschwinden, was gewöhnlich in 2 — 4 Tagen geschieht, nehmen sie eine braunrote Schattierung an und verschwinden endgiltig ohne Zurücklassung einer Pigmentierung, auch fehlt die Abschuppung oder ist sehr gering. —

Mit dem Beginne der Efflorescenz werden die Schleimhaut des Rachens, der Respirationsorgane und die Conjunctiva catarrhalisch gereizt, die Rachenschleimhaut besonders die Parthien um die Uvula herum,

sind diffus verfärbt; ist die Zunge belegt, dann sind ihre Papillen leicht geschwellt und an der Spitze etwas gerötet. —

Als ein bemerkenswertes Symptom der Rubeolen ist die Anschwellung der Lymphdrüsen zu betrachten und sind es namentlich die hinter den Ohren und im Nacken vorkommenden, die afficiert werden und schon in 4 — 6 Tagen eine beträchtliche Grösse erreichen können, auf Druck nicht schmerzen und ohne jede Entzündungserscheinung verschwinden. — Der Urin ist eiweissfrei. —

Zur Beleuchtung des soeben Angeführten erlaube ich mir zwei Krankheitsfälle mitzuteilen, die ich während meiner 27jährigen abwechslungsreichen Praxis in unmittelbarster Nähe als Rubeolae entstehen, verlaufen und verschwinden sah; sie skizzieren die Krankheitssymptome zweier Kinder, an die mich verwandschaftliche Bande knüpfen. —

Die neunjährige, gut entwickelte Margarethe B. legte sich (4. April 1898) scheinbar gesund zu Bette, schlief unruhig, verlangte mehrmals zu trinken, fühlte sich aber morgens wohl und war froh gelaunt. — Die Mutter bemerkte im Gesicht des Kindes rote Flecken, wovon sie mich allsogleich verständigte. — Bei näherer Besichtigung fand ich, dass das Exanthem aus kleinen, genau umschriebenen, hellrothen, hinter den Ohren, an der Stirne, um die Lippen herum zerstreuten Flecken besteht, welche sich über die Hautfläche nicht erheben und auf Druck verschwinden. Bei Entblössung des Körpers konnte ich am Halse, an der Brust, am Rücken, an den Streckseiten der oberen Extremitäten dieselben zart geröteten Maculae in spärlicher Zahl konstatieren. — Keine Lichtscheu, kein Schnupfen, kein Husten nachweisbar, die Rachenschleimhaut etwas gerötet, die Temperatur normal. — Einige Stunden später war das Gesicht von diesen Flecken reichlich bedeckt, und konnte ich sie auch an den unteren Extremitäten, insbesonders an deren äusserer Seite und an den Glutealgegenden nachweisen, ebenso an den Handrücken. — Der Urin ist eiweissfrei. —

5. April. Das Exanthem wird im Gesicht blässer, auch an den oberen Extremitäten, sonst überall hellrot. — Die Nackendrüsen sind vergrössert, nicht schmerzhaft. —

6. April. Der Ausschlag erblasst am Rücken, ist an der Brust noch sichtbar, auch an den unteren Extremitäten; braunrot entfärbt. —

7. April. Das Exanthem ist überall im Verschwinden begriffen und nur noch an den Streckseiten der unteren Extremitäten und am Gesäss weniger sichtbar. — Die Lymphdrüsen des Halses beiderseits beträchtlich intumesciert. —

8. April. Das Exanthem ist verschwunden und die geschwellten Lymphdrüsen nehmen nach Verlauf von 4 Tagen ihre normale Grösse an. —

Genau 19 Tage später zeigen sich ohne ein vorhergegangenes Unwohlsein im Gesicht des vierjährigen Bruders Béla die oben beschriebenen Flecken, namentlich an beiden Schläfen, an den Wangen und um die Lippen herum; sie sind zart und rosenrot, nicht erhaben, confluieren nicht und verschwinden auf Fingerdruck. — Wenige sind am Rücken, an den oberen Extremitäten und auch an der Brust nachweisbar. — Die Temparatur zeigt 38° C. (Rectalmessung). Puls 94.

24 April. Die Maculae sind numerisch vermehrt an den Stellen, mit welchen das Kind aufliegt. — Wange, Glutealgegend reichlicher, an der Brust gruppenweise nebeneinander gestellt, und in der Nähe der Gelenke vermehrt, scharf begrenzt und nicht zusammenfliessend. — Die Drüsen etwas vergrössert. Urin eiweissfrei. —

25. April. Das Exanthem geht an den oberen Extremitäten zurück, an der Glutealgegend nimmt es zu. —

26. April. Das Exanthem blasst ab und ist noch an den unteren Extremitäten und am Gesäss deutlich sichtbar.

27. April. Bis auf wenige dunkelrote Flecken ist der Ausschlag verschwunden und befindet sich der Knabe wohl. —

Beide Kinder machten die Masern früher durch. —

Referate.

Ein Jahr Diphtherieserumbehandlung in der Landpraxis. Von Landwehr. (Deutsche med. Wochenschrift 1899 Nr. 5.)

Verf. hat in Gemeinschaft mit Marthens in Oerlinghausen vom November 1895 bis November 1896 im Verlaufe einer sehr schweren Diphtherie-Epidemie 201 Fälle mit Heilserum behandelt und nur 4 Kinder verloren, von denen noch dazu 3 an Pneumonie und eins an Urämie starben. Die Resultate sind also glänzend. Verf. hat sodann in 291 Fällen Heilserum zur Immunisierung benutzt. Nur 20 davon erkrankten an Diphtherie, 3 aber erst mehr als 6 Wochen nach der Einspritzung der immunisierenden Dosis des Heilserums, dessen Schutzkraft nach den Erklärungen Behrings nur 6 Wochen vorhalten soll. In zwei Fällen war, wie sich nachträglich ergab, zur Zeit der Immunisierung die Infektion schon erfolgt, sodass also die Immunisierung nur in 15 Fällen versagt hat. Diese 15 Fälle hatten aber einen ausserordentlich milden, fast abortiven Verlauf. 271 mit der Immunisierungsdosis Versehene blieben von Diphtherie verschont, obwohl gerade bei dieser Epidemie Erkrankungen mehrerer Geschwister sehr häufig zu beobachten waren. Es erkrankte jedenfalls ein weitaus grösserer Prozentsatz nicht immunisierter Geschwister als immunisierter, und zwar die ersteren durchweg viel schwerer. Verf. hat niemals nachteilige Folgen von der Einspritzung des Serums zu Immunisierungszwecken gesehen, selbst nicht bei einem 10 Tage alten Säugling.

Dr. F. Schmey, Beuthen, O.-S.

Zur Behandlung des Scharlachs und einige besondere Scharlachfälle. Von Knöspel (Prager medicinische Wochenschrift No. 9. 1899.)

Schwere Fälle von Scharlach, welche sich schon in den ersten Tagen durch abnorm hohe Temparaturen, Benommenheit, Jactationen, anhaltende Delirien, Herzschwäche, u. s. w. bekunden, fordern ein actives Vorgehen. Zur antipyretischen Behandlung stehen zwei Methoden zur Verfügung: die medicamentöse und die hydropathische. Erstere ist auf Grund ungünstiger Erfahrungen von vielen aufgegeben, letztere findet immer mehr Anklang. Verf. berichtet über 158 von ihm beobachtete Scharlachfälle; bei 12 derselben wurden bei Angina necroticans intratonsilläre Carbolsäure-Injektionen vorgenommen. Von diesen Kindern

bekamen nur zwei Nephritis, die Angina wurde günstig beeinflusst. Die hydropathischen Proceduren bestanden in kühlen Abwaschungen, kalten Umschlägen und Packungen, verschieden temperierten Bändern und ausnahmsweise in kalten Übergiessungen. Schon bei kalten Einwicklungen trat häufig eine schlafmachende beruhigende Wirkung hervor, für schwere Fälle wurden Bäder von 28 bis 26° R. verwendet, welche durch Zugiessen von kaltem Wasser um 4—5° abgekühlt wurden. Bei Fällen mit Bronchitis, Bronchopneumonie oder starker Benommenheit wurden im Bade Übergiessungen des Körpers mit um 4° kälterem Wasser mit gutem Erfolge vorgenommen. Von den 30 der Kaltwasserbehandlung unterworfenen Fällen bekamen nur 5 Nephritis, bei 90 nicht hydrotherapeutisch behandelten Fällen trat sie 21 mal auf. Die reine Milchdiät ist nicht im Stande, das Eintreten der Scharlachnephritis zu verhindern. Verf. verabreichte auch schon in den ersten Tagen der Krankheit Suppe und leichte Amylacea, nach Ablauf des Fiebers daneben Eierspeisen und nach der 3. Woche leichte Fleischkost. Bei lange dauernden Nephritiden braucht man nicht vor der Darreichung leichter Fleischspeisen zurückzuschrecken. K. berichtet schliesslich über einige atypische Scharlachfälle (Fälle mit geringer Angina, geringem Exanthem, niedrigem Fieber, einen Fall von chirurgischem Scharlach.) —

Dr. Goldbaum, Wien.

Mittelbare Behandlung des syphilitischen Foetus. Von Fournier. (Semaine medicale vom 30. November 1898.

F. führt die Behandlung des syphilitischen Foetus aus, indem er der Mutter Quecksilber zuführt. Wenn während der ersten Gravidität einer gesunden Mutter schon zeitlich eine spezifische Behandlung eingeleitet wird, wird zur richtigen Zeit ein gesundes Kind geboren. Der Wert der Methode wird augenscheinlicher in Fällen, wo mehrere Abortus vorausgingen oder syphilitische Kinder geboren worden waren. Als Beispiel zitiert F. einen Mann, der im Jahre 1881 Syphilis acquirierte, 5 Monate behandelt wurde und im Jahre 1883 heiratete. Das erste Kind starb nach 9 Tagen an Lebensschwäche, das zweite war syphilitisch und starb nach 5 Wochen. Während der dritten Gravidität unterzog sich die Mutter einer spezifischen Behandlung und gebar am normalen Ende der Schwangerschaft ein gesundes Kind, das mit vier Jahren noch immun war. Fournier kennt eine grosse Anzahl ähnlicher Fälle. Als bestes Mittel sieht er Hydrargyrum jodatum an und empfiehlt kleine Dosen, da er für einen Foetus eine foetale Menge für genügend hält. Dementsprechend giebt er 0,05 oder auch nur 0.025 pro die in Pillen. Die Behandlung soll während der ganzen Gravidität fortgesetzt werden und zwar so, dass 20 Tage lang die Pillen genommen werden, während zehn freie Tage folgen.

Dr. Goldbaum, Wien.

Eigene Erfahrungen auf dem Gebiete der Ernährung von Flaschenkindern. Von Schmid-Monnard. (Therap. Monatsschr. Heft 2 1899.)

Eine verständnisvolle künstliche Ernährung von Säuglingen muss in erster Linie darauf bedacht sein, dem Kinde die genügende Menge Calorien, welche von dem Energie spendenden Fett und Kohlehydrat **herstammen = $^9/_{10}$ der 130 Calorien pro Tag und Ko. Körpergewicht,**

welche im Durchschnitt von Brustkindern getrunken werden, also mindestens 100 Calorien, zuzuführen. Das Volumen soll vom 4.—9. Monat nicht 300 g. überschreiten. Der Grad der Verdünnung richtet sich nach der Bekömmlichkeit: Neugeborene 1 Teil Milch 2 Teile Wasser mit etwas Milchzucker resp. Malzextractzusatz, rasche Steigerung auf $1/2$, im 5. Monat auf $2/3$ Milch. Für schwache oder verstopfte Kinder Wasserzusatzmischung, Rahmzusatz (Biedert's Rahmgemenge oder selbstgewonnener Rahm; 15—20 ccm zu jeder Flasche $1/3$ oder $1/2$ Milchmischung mit Zucker), für andere Kinder bei Verstopfung Zusatz von Haferschleim oder Fenchelthee. Auch Backhaus-Milch hilft über manche Schwierigkeiten hinweg. Wo sie bekam, entsprach das Gedeihen dem von Brustkindern. Sie wird aber nicht immer gut vertragen. Einzelne Kinder erbrechen viel und kommen nicht vorwärts, wohl in Folge der schweren Verdaulichkeit der Milch durch das lange Erwärmen beim Sterilisieren. Nach Verf.'s Beobachtung nahm ferner mit der Steigerung des Verbrauchs die Zahl der verdorbenen Flaschen zu. Schliesslich scheint sie bei empfindlichen Kindern Störungen in der Beschaffenheit der Körpersäfte, Rachitis und Barlow'sche Krankheit zu begünstigen. Gärtner'sche Fettmilch entsprach nicht den Erwartungen: Abneigung der Kinder wohl wegen des Fettgehaltes, unternormale Zunahme. Vom 9. Monat, bei manchen blassen Kindern auch schon eher, empfiehlt Verf. Zuspeisen (Suppen, Fruchtsäfte, Gemüse, Fleischsaft, Eigelb), um der sonst häufig in Folge der Armut der Kuhmilch an organisch gebundenem Phosphor und an Eisen eintretenden Blässe und Verstopfung vorzubeugen. v. Boltenstern, Bremen.

Malzsuppe, eine Nahrung für magendarmkranke Säuglinge. Wissenschaftliche Untersuchungen und praktische Ernährungsversuche in der Kinderklinik zu Breslau. Von Dr. Arthur Keller. Jena, Gustav Fischer. Preis 3. Mark.

In der Breslauer Kinderklilnik werden seit Jahren Untersuchungen über die Physiologie und Pathologie des Säuglingsstoffwechsels angestellt, auf Grund deren in der „Malzsuppe", einer Modification der Liebig'schen Suppe eine neue Nahrung für magendarmkranke Säuglinge angegeben wird, die in der Klinik und Poliklinik zur Anwendung gelangte. K. giebt zunächst die aus seinen wissenschaftlichen Untersuchungen hervorgehende theoretische Begründungs einer Ernährungsmethode. Bei allen Formen der Magendarmerkrankungen des Säuglings kommt es zu einer Säureintoxikation, die ihren Ausdruck in einer Vermehrung von Ammoniak im Harn findet. Die Entstehung dieser Säure wird begünstigt durch Zufuhr bestimmter Nahrungsbestandteile, z. B. Fett und gewisser Kohlehydrate. Die Folge ist eine Verarmung des Körpers an fixen Alkalien, da er diese zur Bindung der Säuren hergeben muss. Das Ziel der diätetischen Therapie des magendarmkranken Säuglings muss es daher sein, eine Nahrung zu verabreichen, deren Bestandteile im Organismus möglichst vollständig verbrannt werden, so dass die vermehrte Ausscheidung saurer Stoffwechselprodukte unterbleibt. Weitere Untersuchungen führten zu dem Schlusse, dass die Säuglingsnahrung alkalireich sein muss, wenig Eiweiss, wenig Fett enthalten darf und dass eine Steigerung ihres Nährwerts durch Zusatz von Kohlehydraten in Form von Maltose angestrebt werden muss.

Wegen ihres hohen Preises wurde die Maltose bald durch Loeflund's Malzextrakt substituirt. Nach mehrfachen Modifcationen wird die Malzsuppe in der Klinik gegenwärtig folgendermasen hergestellt:

„50 gr. Weizenmehl werden in $^1/_3$Liter Kuhmilch eingequirlt, die Mischung durch ein Sieb durchgeschlagen. In einem besonderen Gefäss werden 100 gr. Malzextrakt in $^2/_3$ Liter Wasser bei 50° C. gelöst, darnach werden 10 ccm einer 11 % Kal. carbon. Lösung zugesetzt, diese Malzextraktlösung mit der Milch-Mehl-Mischung vereinigt und das ganze aufgekocht."

Den Schluss der sehr lesenswerten Arbeit bilden Berichte über Stoffwechseluntersuchungen an solchergestalt ernährten Kindern und über die Ernährungerfolge in der Klinik. Dieselben sind in der That sehr in die Augen fallend und fordern zu fleissiger Nachprüfung auf. Zu befüchten ist nur, dass die complizierte und teure Herstellungsweise des empfohlenen Nährmittels einer Einbürgerung desselben bei den unteren Klassen — und diesen sollte es doch in erster Reihe zu gute kommen — im Wege stehen wird. Dr. Friedmann, Beuthen.

Über Otitis media im frühen Kindesalter (Otitis concomitans). Von G. Heermann. (Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandlungen. III. 4.)

Die Abhandlung giebt zunächst einen guten Überblick über die historische Entwickelung der Lehre von der Bedeutung der Otitis media der Säuglinge, welche bekanntlich in den letzten Jahren aktuelles Interesse gewonnen hat. Wir halten diesen orientierenden Rückblick für den wertvolleren Teil der Arbeit und geben ihn daher etwas ausführlicher wieder.

Schon in der ersten Auflage seines Lehrbuches (1862) hatte v. Tröltsch das embryonale Schleimgewebe, welches das Tympanum des Neugeborenen ausfüllt, genau und richtig beschrieben; auch war ihm schon das häufige Vorkommen von schleimigen und eiterigen Mittelohrentzündungen bei Säuglingen bekannt.

Auch Zaufal, Parrot, Moldenhauer beschäftigten sich gelegentlich mit der Otitis media der Säuglinge, ferner Kutscharianz in Moskau, der 300 Kindesleichen untersuchte. Das Interesse für diese Angelegenheit wurde aber im 7ten Jahrzehnt unseres Jahrhunderts durch die sog. Wreden-Wendt'sche Ohrenprobe in den Hintergrund gedrängt. Die Ärzte, besonders die Gerichtsärzte, beschäftigten sich vielfach mit dieser Probe, und man glaubte, aus dem fehlenden Lumen der Trommelhöhle schliessen zu dürfen, dass das Kind nicht geatmet habe, was sich aber nicht als feststehend erweisen liess. Erst seit etwa 10 Jahren haben sich wieder Kinderärzte, Ohrenärzte und Bakteriologen eingehender mit der Frage beschäftigt, welche Rolle der Mittelohrentzündung in der Säuglingspathologie zufällt.

Während man früher, der Zeitrichtung entsprechend, in der Eiterung eine regressive Metamorphose des fötalen Schleimhautpolsters erblicken wollte, war man nun, Ende der 80er Jahre, wiederum unter dem Einfluss moderner Ideen, geneigt, darin lediglich ein Produkt der Mikrobenthätigkeit zu sehen. Unter der grossen Zahl von Veröffentlichungen über diesen Gegenstand verdient eine Publikation von Kossel

aus dem Berliner Institut für Infektionskrankheiten hervorgehoben zu werden, weil hier zum ersten Male darauf hingewiesen wird, dass neben der eiterigen Mittelohrentzündung der Säuglinge eine hochgradige allgemeine Atrophie bestand, als deren Hauptursache Störungen in der Funktion der Verdauungsorgane anzusehen waren. Von weiteren Arbeiten ist diejenige von Arthur Hartmann, dem Berliner Otologen, bemerkenswert; er untersuchte und behandelte 47 lebende Säuglinge und kam dabei zu der Überzeugung, dass die schleichend verlaufende, nur mit geringen oder gar keinen Symptomen von Seiten der Ohren einhergehende Otitis media der Säuglinge die Ursache der Pädatrophie bilden kann und häufig bildet. Einige Arbeiten von pathologischen Anatomen haben diese Thatsachen bestätigt.

Die eigenen Beobachtungen des Verf.'s beruhen auf neun Sektionen von Kindern bis zu zwei Jahren, wie sie sich zufällig nach einander im Kieler pathologischen Institut darboten: in vita scheinen die Ohren der Kinder nicht untersucht oder behandelt worden zu sein. Auch sonst bringt Verf. keine klinischen Beobachtungen bei. Die secierten Kindesleichen wiesen die verschiedensten Todesurschen auf, nebenbei fast alle Otitis media purulenta. H. kommt nun zu der Ansicht, dass die Otitis media der Säuglinge gewöhnlich nicht die Ursache, sondern die Folge der sonstigen Krankheitserscheinungen sei, und bezeichnet sie demgemäss als Otitis concomitans. So einleuchtend auch diese Hypothese ist, können wir sie doch noch keineswegs für bewiesen erachten; dazu hätte Verf., besonders der Autorität eines Hartmann und Ponfick gegenüber, eine viel grössere Menge von Beobachtungen und namentlich auch klinische Beobachtuugen beibringen müssen. — Vor Anwendung der Ohrspritze und der Luftdouche bei kleinen Kindern ohne dringende Indikation warnt Verf. mit Recht. —

Knopf, Frankfurt a. M.

Pseudo-Bulbärparalyse im Kindesalter. Von Kàrmán. (Gyermekgyógyászat 1899, Nr. 1.)

Mit Recht behauptet K., dass diese Krankheit sehr oft mit der Bulbärparalyse identifiziert wird; auch Paralysis glosso-pharyngolabialis benannt, zählt sie zu den seltensten Kinderkrankheiten. Aus den wenigen bekannten Autopsien ist ersichtlich, dass Apoplexien nach atheromatösen Entartungen der Gehirngefässe die Quelle dieses Leidens sind. Zuweilen stellen sich die ersten Symptome in der Reconvalescenz nach schweren Krankheiten ein; auch werden Syphilis und Sklerose als aetiologische Momente dieser Krankheit angeführt. Das klinische Bild der Pseudo-Bulbärparalyse ist ein genau gekennzeichnetes; die Krankheitserscheinungen setzen nach Apoplexie plötzlich und stürmisch ein, die Lippen, die Zunge werden gelähmt und der Facialis paretisch, ja manchmal zeigt sich eine Hemiplegie. Die Reflexe sind erhalten, die paretischen Muskeln nicht atrophisch, es fehlt auch die Degenerationsreaction, und der Vagus wird nie in Mitleidenschaft gezogen. Eine Besserung, ja eine vollkommene Heilung der Pseudo-Bulbärparalyse ist nichts Ungewöhnliches, was von der Bulbärparalyse nicht behauptet werden kann. K. kennt zwei Fälle dieses Leidens, beide stammen aus dem Materiale des Stefanie-Kinderspitals, der von ihm mitgeteilte bezieht sich auf ein vierjähriges Mädchen, welches wegen konstanten Speichelflusses auf die

Abteilung aufgenommen wurde. Bis zu seinem 5ten Lebensmonate gesund, erkrankte es plötzlich mit Fieber, bekam eklamptische Krämpfe und konnte nicht gestillt werden. Als die Krämpfe nachliessen, bemerkte die Mutter, dass das Kind nur mit Anstrengung die Brust nimmt, schwer schluckt und dass die Milch aus dem Munde herausfliesst. Der Gesichtsausdruck ist bei erhaltener Intelligenz ein stupider; die Nasenlippenfurche beiderseits verstrichen, rechts mehr als links, die untere Lippe steht nach vorn und etwas unten, so dass die Mundspalte stets geöffnet ist; die Zunge ist normal gross, doch sind ihre Bewegungen nach jeder Richtung beschränkt und kann nicht herausgestreckt werden. Der Sulcus mentalis ist ein wenig verstrichen; die Reflexe in den Gesichtsmuskeln sind erhalten, die Kraft der Kaumuskeln etwas herabgesetzt, gleichwie die Empfindlichkeit der Mund- und Nasenschleimhaut. Der Geschmackssinn ist beinahe ganz aufgehoben; die elektrischen Verhältnisse überall normal. Der Speichel fliesst fortwährend aus dem Munde und ist das Essen sehr charakteristisch. Das Kind giebt ganz kleine Stückchen in den Mund und stösst dieselben mit dem Finger tief in die Mundhöhle bis zum Palatum veli und nach mehrfachen anstrengenden Schluckbewegungen bringt es endlich diese hinunter. Noch qualvoller gestaltet sich das Trinken; ein Teil der Flüssigkeit fliesst aus dem Munde heraus, der andere regurgitirt aus den Nasenöffnungen. Die Sprache ist unverständlich, alle Buchstaben fallen aus, zu deren Bildung die Zungen- und Lippenstellung nötig ist. Das Kind verlässt nach zweiwöchentlichem Spitalsaufenthalt ungebessert die Abteilung. Nachdem das Kind bis zum 5. Monat ganz gesund war, schliesst K. angeborene Gehirnkrankheit aus, ebenso Apoplexie, für deren Entstehung alle Anhaltspunkte wie Trauma, Pertussis, Embolie etc. fehlen und nimmt als Ursache der Erkrankung einen encephalitischen Process an.

L. Bruck, Budapest.

Ein Fall von symmetrischer Gangrän bei einem Kinde. Von Berend. (Gyermekgyógyaszat N. 1 1898.)

Die von Reynaud (1862) beschriebene symmetrische Gangrän ist eine der seltensten Nervenkranheiten und muss oft als eine Teilerscheinung von Syringomyelie und Tabes angesehen werden. Ihre Entstehung wird mit den verschiedensten Ursachen in Verbindung gebracht, so mit Anaemie oder auch Nervosität. Als Wesen der Krankheit nimmt man mit Senator einen Gefässkrampf mit consecutiver localer Asphyxie an; die Krankheit ist bei Frauen öfters als bei Männern nachweisbar, bei Kindern selten. Unter den 93 Fällen von Morgan beziehen sich 24 auf Kinder unter 10 Jahren. B.'s Fall betrifft einen sechsjährigen Knaben, der als dreijähriges Kind erkrankte. Beide Ohrenränder verfärbten sich rötlich-blau, schmerzten nnd exulcerirten nach zwei Wochen. Die Ohren nahmen später eine normale Färbung an, doch heilten die Wunden an denselben nie ganz aus. Nach einem Jahre zeigten sich ähnliche Veränderungen an beiden Füssen, später an beiden Händen. Im Winter war der Knabe immer schlechter als in den übrigen Jahreszeiten. Bei der Spitalsuntersuchung ist im anfallsfreien Stadium an dem gutentwickelten, intelligenten Kinde nichts Anormales zu konstatieren. An den Ohrenmuschelrändern sind bohnengrosse Continuitätstrennungen sichtbar, an deren

Peripherie die Hautoberfläche bläulich gefärbt erscheint. An den Händen und an den Füssen sind grössere und kleinere, glatte, weisslich glänzende Narben wahrnehmbar. Einen Tag nach der Spitalsaufnahme wird die Haut an beiden Füssen bis zu den Knöcheln dunkelblau, ist kalt anzufühlen, und empfindet Patient an diesen Stellen spontan als auch auf Berührung sehr heftige Schmerzen. Die Verfärbung ist an beiden Füssen in gleicher Höhe und geht beiderseits markant abgegrenzt in das gesunde Gewebe über. An den grossen Zehen ist die Verfärbung am stärksten und auch der Schmerz am grössten. Während des Anfalles ist der Sehnenreflex ein erhöhter, gleich wie die Sensibilität der Haut eine stärkere ist. Der Anfall spielte sich in 24 Stunden ab, die Haut ist nur an einzelnen Stellen noch bläulich, wo sich sodann Ulcera entwickelten, die innerhalb $2^1/_2$ Wochen ausheilten. Während seines Aufenthaltes auf der Abtheilung erlitt das Kind achtmal Anfälle; fünfmal an den Ohren, dreimal an den Füssen; die ersteren hielten nicht immer die Symmetrie ein, so zeigte sich das bekannte Bild der Krankheit an der einen Ohrmuschel um 24 Stunden früher als an der anderen; die Dauer der Anfälle variirte von $^1/_2$ bis 24 Stunden. Künstlich konnten sie nicht hervorgerufen werden, weder durch Kälte, Wärme oder Druck auf Gefäss- und Nervenstämme.

L. Bruck. Budapest.

Pemphigus neonatorum. Von F. Luithlen. (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 4 1899.)

Der Pemphigus neonatorum ist nach den klinischen Erfahrungen contagiös, der Blaseninhalt überimpfbar, ferner findet sich stets in demselben Staphylococcus aureus, der bei Einimpfung in die menschliche Haut der Erkrankung der Neugeborenen analoge Blasen hervorruft; auch bei der histologischen Untersuchung der nicht geplatzten Blase findet man im Inhalte derselben nur Staphylococcen. Die Krankheit ist im Gegensatze zum Pemphigus der Erwachsenen relativ gutartig. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Pemphigus syphiliticus, bullöses Ekzem, Herpes tonsurans, Dermatitis exfoliativa, die septischen Exantheme bei Neugeborenen, besonders die als Pemphigus gangraenosus und Pemphigus periumbilicalis bezeichneten Formen. Auch Verwechslung mit Verbrühungen ist möglich. Therapeutisch kommt neben der Vermeidung von Bädern die Applikation von Salbenverbänden, am besten Ichthyol, an den befallenen Stellen nach Abtragung der Blasendecke in Betracht, der übrige Körper wird mit einem leicht desinfizierbaren Streupulver bepudert.

Dr. Goldbaum (Wien).

Zur Behandlung des Ekzems. Von Hirschkron. (Deutsch. med. Wochenschr. 1898 Nr. 48.)

Ausser einer mässigen Anwendung von Feuchtigkeit zu Reinlichkeitszwecken hat H. in letzter Zeit beim Ekzem das Naftalan angewandt und damit folgende Erfahrungen gemacht: Bei sehr akutem Ekzem, mit reichlicher Secretion, wirkt das Mittel geradezu coupierend. Innerhalb 48 Stunden ist die Secretion auf ein Minimum reduciert, Schwellung und Juckreiz nehmen ab, nach längstens 3 Wochen hat die Haut ihre normale Beschaffenheit. Langsamer zeigen sich die Resultate bei subakuten und chronischen Fällen. Immer ist es zweckmässig, vor-

erst die ekzematösen Stellen entweder trocken oder mit Öl oder Salicylspiritus zu reinigen, um die reizbringenden Anhaftungen zu entfernen und dann erst messerrückendick das Naftalan aufzutragen und zweimal des Tages zu wechseln. Dasselbe wirkt zweifellos schmerzstillend, antiphlogistisch und fäulniswidrig. Auch bei Psoriasis vulgaris wirkt es gut.

Ferner wirkt das Naftalan bei Kopfekzem der Kinder, bei deren Exacerbationen bekanntlich etwa vorhandene Augenerkrankungen sich verschlimmern, recht vorteilhaft. Infolge seiner antibakteriellen und für die Haut reizlosen Eigenschaften wirkt es bei allen pustopurulenten Hautkrankheiten günstig und kürzt den Krankheitsprozess wesentlich ab. Weniger günstig wirkt das Mittel bei Hautkrankheiten, bei denen bereits starke Zellinfiltrate vorhanden sind. Bei Ekzemen in der Aftergegend und am Scrotum liessen die Erfolge längere Zeit auf sich warten, doch waren die Resultate stets besser als bei den sonst üblichen Behandlungsmethoden. Schnell, Egeln.

Die Behandlung der Spondylitis im Gipsbette. Von Oscar Vulpius. (Therapeutische Monatshefte 1899 Nr. 2.)

Die moderne Therapie der Spondylitis wird wesentlich durch zwei hervorragende therapeutische Vorschläge beherrscht, durch die Sayre'sche Corsetbehandlung und das Calot'sche Verfahren. In dem Intervall zwischen Sayre und Calot, im Jahre 1889, veröffentlichte Lorenz sein Verfahren der Behandlung der Spondylitis im Gipsbett. Er empfahl das Gipsbett während des akuten Stadiums, beschrieb die Technik und berichtete über gute Erfahrungen mit dieser Behandlung. Im Allgemeinen hat der Vorschlag von Lorenz wenig Verbreitung gefunden. Der einzige Autor, der eingehender über eigene Erfahrungen mit dem Gipsbett in der Spondylitistherapie berichtet, ist Beuthner, der über das Schicksal von 66 Spondylitisfällen aus der von Bergmann'schen Klinik Erkundigungen eingezogen hat. Vierzehn dieser Patienten waren mit dem Gipsbett behandelt worden. Elf derselben zeigten Besserung oder Heilung, während bei anders behandelten Fällen die Ergebnisse sich sehr viel trüber darstellten. Beuthner spricht sich auf Grund seiner Erfahrungen entschieden zu Gunsten des Gipsbettes aus. Verf. hat nun an 96 Patienten, die er wegen Spondylitis mit dem Gipsbett behandelt hat, Fragebogen verschickt, welche über den Einfluss des Gipsbettes auf den Verlauf der Krankheit, über das Schicksal der Patienten Nachricht zurückbringen sollten. Im Ganzen waren nur 12 Fälle nicht mehr aufzufinden, sodass sich die Angaben von 84 Patienten verwerten liessen. Die auf diese Weise gewonnenen Erfahrungen zeigen, dass wir im Gipsbett ein Mittel besitzen, zunächst symptomatisch, namentlich schmerzstillend auf den Verlauf der Spondylitis einzuwirken. Dass wir durch die günstige Beeinflussung des Allgemeinzustandes, welche das Gipsbett gestattet, in ihm einen wichtigen Heilfaktor erblicken müssen, ist sicher. Die Behandlung ist möglichst lange auszudehnen, der Zeitpunkt für ihre Beendigung ist erst gegeben, wenn jeglicher spontane oder Druckschmerz geschwunden ist, wenn das Allgemeinbefinden sich sehr gehoben hat nnd Abscesse und Lähmungen sich zurückgebildet haben.

Dr. F. Schmey, Beuthen O./S.

Cosaprin als neues Antipyreticum und Antirheumaticum in der Kinderpraxis. Von Schudmak. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift No. 2 1898.)

In neuester Zeit wendet Sch. das Cosaprin bei fieberhaften Krankheiten und bei Rheumatismus an. Das Cosaprin, ein Sulfoderivat des Antifebrins, ist ein grauweises, amorphes Pulver, von etwas salzigem Geschmack, geruchlos und in Wasser leicht löslich. Die Lösung reagiert schwach sauer. Das Mittel wurde in ca. 60 Fällen angewendet, ohne irgend welche schädliche Nebenwirkungen zu bemerken. Als Rezeptformel für Kinder gilt:

Rp. Cosaprin. 2,0—3,0
Aq. dest. 100,0
Syr. simpl. 10,0
MDS. Stündlich ein Kinderlöffel.

oder:

Rp. Cosaprin. 0,25—0,50
Dt. dos. No. X.
S. 3 Pulver täglich.

Die Vorteile, die Sch. mit diesem Mittel erzielte, sind bedeutend und zwar: Als leichtlösliches Pulver kann es hauptsächlich in der Kinderpraxis in Anwendung gebracht werden, umsomehr als es geruchlos und von sehr mildem salzigem Geschmacke ist. Auch als gutes subcutanes Injektionsmittel ist es wegen seiner geringen Reaktion in solchen Fällen zu empfehlen, wo rasche Wirkung sehr wünschenswert erscheint. Von andern Vorteilen, durch welche das Cosaprin im Stande ist, andere Antipyretica und Antirheumatica zu verdrängen und sich einen gebührenden Platz im therapeutischen Schatze su sichern, sei der Mangel an Nebenerscheinungen hervorzuheben. Weder die Respiration, noch der Herzschlag erleiden irgend welche Veränderungen; das Sensorium bleibt frei, es kommt weder zu Ohrensausen, noch zu Augenflimmern, es bilden sich keine Exantheme, wie bei andern Mitteln. Zuletzt muss noch die prompte und rasche Wirkung erwähnt werden, da dasselbe sehon nach zwei Stunden seine volle Wirkung entfaltet. Diese dauert freilich nicht allzulange, denn schon nach zwei bis drei Stunden kehrt die anormale Temperatur zurück, was jedoch von keiner Bedeutung ist, da das Mittel nach dieser Zeit wiederholt werden kann. Die schmerzlindernde Wirkung scheint etwas länger anzuhalten und tritt um dieselbe Zeit ein wie der Temperaturabfall. Dr. Goldbaum, Wien.

Über Tannoform und dessen Anwendung. Von Kapper. (Ärztl. Centralanz. 1898 Nr. 6.)

Für die Kinderpraxis ist der Besitz adstringierender und antiseptischer Mittel von grosser Bedeutung wegen der Häufigkeit der Darmkatarrhe im Kindesalter. Gerade die letzte Zeit hat uns mehrere solche Arzneimittel gebracht, das Tannigen und das Tannalbin. Ihnen reiht sich als drittes an das Tannoform. Das Tannoform ist ein Condensationsprodukt der Gallus-Gerbsäure und des Formaldehyds; seiner Struktur nach ist es ein Methylenditannin. Es ist ein graurosa gefärbtes, geruch- und geschmackloses, in Wasser und in gewöhnlichen organischen

Lösungsmitteln mit Ausnahme von Alkohol unlösliches Pulver, welches von verdünnten wässerigen Alkalilösungen mit gelber bis brauner Farbe aufgenommen und durch Säurezusatz wieder ausgefällt wird. Seine Eigenschaften bedingen daher, dass es die Schleimhaut in keiner Weise reizt, den Darmkanal unzersetzt passiert und so seine austrocknende und sekretionshemmende Wirkung entfalten kann. Theoretisch schon war darnach eine erfolgreiche Anwendung des Tannoforms beim Darmkatarrh zu erwarten. Thatsächlich haben auch die an Darmkatarrh leidenden, vom Verf. mit Tannoform behandelten Patienten, darunter auch Kinder, sehr rasche und bedeutende Besserung erkennen lassen.

Dr. F. Schmey, Beuthen, O.-S.

Über die Beziehungen zwischen Arzneien und Magen. Von Moritz. (Münch. med. Wochenschr. No. 48 1898.)

Aus früheren Beobachtungen konstruierte M. mit grosser Wahrscheinlichkeit folgende Stufenleiter für die Raschheit der Entfernung von Arzneimitteln aus dem Magen und damit auch für die Raschheit ihrer Resorption: Am raschesten werden sie den Magen verlassen, wenn sie nüchtern mit blossem Wasser, etwas weniger rasch, wenn sie mit Suppe, Milch, Wein etc. gegeben werden, noch langsamer, wenn ihre Aufnahme mit Flüssigkeit nach dem Essen und am langsamsten, wenn sie ohne Flüssigkeit nach dem Essen stattfindet. Diese Schlussfolgerungen werden durch mehrere Versuchsreihen erwiesen.

Will man also eine möglichst rasche Resorption und damit eine energische Wirkung eines Medikaments erhalten, so gebe man dasselbe nüchtern mit $^1/_2$ oder 1 Glas Wasser. Ein Narcotikum, ein Schlafmittel, ein Fieber- oder antineuralgisches Mittel wirkt, in dieser Weise gegeben, viel prompter und sicherer, als wenn man es nach dem Essen verabreicht.

Auch eine weitere Frage wird damit beantwortet: Je rascher wir die Passage der Arznei durch den Magen gestatten und je mehr wir ausserdem die Arznei verdünnen, eine um so geringere Quote desselben wird im Magen durch Resorption verschwinden.

Was das Problem der Schonung des Magens gegen die Arzneireizung betrifft, so hat man zu diesem Behufe Arzneien in Pillenform mit Überzügen zu versehen gesucht, die im Magen unlöslich wären und erst im Darm wieder durch die energische Pankreaswirkung gelöst würden. Die von Unna empfohlenen „keratinierten" Pillen haben den anfänglichen Erwartungen nicht entsprochen. Besser scheinen sich die Sahli'schen Glutoidkapseln zu bewähren. Diese Präparate werden aber, auch wenn sie den berechtigten Erwartungen entsprechen sollten, doch nicht auf alle Arzneistoffe angewendet werden können, zumal sie bisher nur geschlossen, mit fertiger Dosierung, in den Handel gebracht werden können und also der freien Ordination Beschränkungen auferlegen.

Soll nun ein Arzneimittel möglichst wenig den Magen reizen, dann muss es denselben rasch verlassen und möglichst verdünnt sein. Dies trifft dann zu, wenn man es nüchtern mit Wasser giebt. Soll aber das Arzneimittel nicht zu rasch dem Darm überantwortet werden, oder will man aus bestimmten Gründen die Flüssigkeitsaufnahme vermeiden, so

ist es wenigstens nach dem Essen zu nehmen, damit es sich mit dem Speisebrei mischt.

Für die Richtigkeit der Anschauung Schmiedeberg's, dass die sog. Mucilaginosa auf die Schleimhäute schonend, schützend, scharfe Stoffe gewissermassen einhüllend wirken, haben neuerdings angestellte Experimente Brandt's Anhaltpunkte ergeben. Da man mit den Pflanzenschleimen, vor allem mit den aus Getreidemehlen hergestellten, gleichzeitig Nährstoffe dem Organismus einverleibt, so ist ihr Gebrauch in dem angegebenen Sinne zu empfehlen. Es bleiben zwar Arzneistoffe in Schleimsuppen etwas länger im Magen, aber dieser Umstand wird durch die schützende Wirkung des Schleimes ausgeglichen, und man hat nebenbei noch den Vorteil, dass auch der Darm dieser Schutzwirkung teilhaftig wird.

Wo die Magenentleerung in Folge von Atonie des Magens oder einer Stenose des Pylorus eine tiefgreifende Störung erfahren hat, verlieren die angeführten Sätze ihre Giltigkeit. In solchen Fällen, wo die medikamentöse Therapie vom Magen aus, soweit eine Resorption oder eine Wirkung auf den Darm beabsichtigt wird, nur mangelhafte Resultate ergiebt, sollte man möglichst zur subcutanen oder rectalen Einführung des Arzneimittels greifen. Will man doch die Resorption der Magenschleimhaut in Anspruch nehmen, dann gebe man die Arzneien mit Alkohol oder Gewürzen, welche resorptionsbefördernd wirken.

Schnell, Egeln.

Gesundheitspflege.

Zwei neue wertvolle Nährpräparate sind das Tropon und das Karno. — Das Tropon wurde zuerst von Prof. Finkler hergestellt und ist ein aus animalischen und vegetabilischen Proteïnstoffen gewonnene Eiweisssubstanz, deren animalischer Eiweissanteil mindestens 23% beträgt. Es bildet ein hellbraunes, rein voluminöses Pulver, von sandiger Beschaffenheit, ist in Wasser unlöslich, nicht hygroskopisch und haltbar. Sein Eiweissgehalt beträgt 90% und ist dieses Eiweiss durch Salzsäure und Pepsin vollkommen ohne Rest peptonisierbar. Das Tropon ist zur Ernährung von Kranken und Rekonvaleszenten bestimmt und soll sich, wie ausser aus den Finkler'schen Angaben aus Untersuchungen von Plaut, Schmilinsky und Kleine, Strauss, J. Frentzel u. A. hervorgeht, für diesen Zweck ausserordentlich gut eignen, da seine Ausnützung und Bekömmlichlichkeit eine vorzügliche genannt werden muss. Die Verabreichung des Tropons hat bei Erkrankungen des Magens und Darms, Fettsucht, Diabetes, Anämie, körperlicher Schwäche und pathogenen Eiweissausscheidungen günstige Resultate ergeben. Seine Verwendung ist auch angezeigt, wenn es sich darum handelt, bei Rekonvaleszenten Fleischansatz zu erzielen, da sich selbst bei einer durchschnittlichen Aufnahme von 50 g. tgl. bei Erwachsenen niemals das geringste Unbehagen, besonders keine Diarrhoe einstellte. Das Tropon kann in allen festen und flüssigen Nahrungsmitteln, wie Wein, Bier, Suppen, Gemüsen, Saucen, Cacao, Ei genommen werden, und zwar rechnet man als gewöhnliche Gabe 5,0, (bei Kindern) 20,0 (d. h, ein Thee- bis Esslöffel voll). Nach Merks Jahresbericht f. 1898.)

Ein neues Fleischpräparat, welches die erregenden Eigenschaften des Fleischextraktes mit einem guten Nährwert verbindet, ist das Karno.

Es hat den hohen Eiweissgehalt von 8% und, wie die Untersuchung ergab, auch reichliche Albumose. Es wirkt demnach gleichzeitig erregend und ernährend. Es hat eine syrupdicke Consistenz von dunkelbraunroter Farbe. Mit kaltem Wasser lässt es sich zu einer lebhaft roten, opalisierenden Flüssigkeit verdünnen. Der Geschmack ist angenehm, bouillonartig und lässt einen erheblichen Gehalt von Salzen erkennen.

Karno ist bis jetzt noch wenig am Krankenbett erprobt; die Analysen aber lassen erkennen, dass es sich bei ihm um ein Nähr- und Anregungsmittel von hervorragendem Werte handelt.

Rezensionen.

Handbuch der Schulhygiene. Von A. Baginsky, mit Unterstützungvon O. Janke. 3. Auflage. 1. Band. Stuttgart, Ferd. Enke, 1898. Preis 16 Mark.

Dieser erste Band behandelt das Schulgebäude und seine Einrichtung, es wird begonnen mit der allgemeinen Anlage der Schulbauten und der Bauart des Schulgebäudes, dann folgt das Schulzimmer mit allen seinen Utensilien und in allen seinen Beziehungen zu dem sich darin Aufhaltenden. Näher auf den Inhalt eines so ausführlichen Buches einzugehen, ist nicht gut möglich.

Bei einzelnen Dingen hätte man vielleicht etwas genauere Ausführungen wünschen mögen, so z. B. bezüglich der Wandtafel, hier wäre ein Eingehen auf die Reflexionsverhältnisse von schwarz, weiss und grau am Platze gewesen, um überzeugender zu sein.

Sonst kann es ja gerade bei diesem Stoffe nicht ausbleiben, dass Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Autor des Buches und dem Leser verhanden sind, gewiss werden viele einzelne Anschauungen des Verfassers nicht teilen. Es hiesse endlich kleinlich sein, wenn man sagen wollte, die Litteratur sei nicht vollständig berücksichtigt, das ist bei dem grossen aktuellen Thema gar nicht mehr gut möglich, sicher ist sie ziemlich vollständig angeführt.

Jedenfalls haben wir in diesem Buche ein den Gegenstand vollständig behandelndes Werk, welches allen Ärzten, allen zu der Schule in Beziehungen stehenden Technikern und Nichttechnikern, allen der Schulhygiene Interesse Entgegentragenden geradezu unentbehrlich ist alle werden das Buch mit Befriedigung aus der Hand legen und es immer wieder mit Vergnügen zum Nachschlagen in die Hand nehmen.

Berger, Neustadt.

Schmerzlose Operationen. Von D. C. L. Schleich. Vierte verbesserte und vermehrte Auflage. Berlin, Julius Springer, 1899. Preis 6 Mark.

Dass zwischen den einzelnen Neuauflagen kein Jahr vergeht, ist für Schleichs Buch Regel geworden und wird es auch noch eine Zeit lang bleiben. Denn immer mehr wird sich namentlich für den praktischen Arzt das Bedürfnis geltend machen, Schleichs Anleitungen für die Ausübung der Infiltrationsanästhesie zu besitzen. Auf den Inhalt des wertvollen Werkes wurde schon bei Besprechung der vorigen Auflage genügend hingewiesen, er ist auch in der neuen Auflage, abgesehen von verbessernden und ergänzenden Zusätzen, so ziemlich derselbe geblieben. In Bezug auf die Siedegemisch-Narkose erfahren wir, dass sich dieselbe

in Amerika steigernder Beliebtheit erfreut; von Klinikern die neuerdings für die Infiltrationsanästhesie günstiges Zeugnis ablegten, werden neben den früher schon erwähnten von Hacker und Bier genannt. Dass die Methode vornehmlich durch das Eintreten einer grossen Zahl von praktischen Aerzten wirklich populär geworden, wird von Schleich in der Vorrede freudig anerkannt. Die alten Freunde werden dem Buche bleiben, möge es sich in der 4. Auflage möglichst viele neue erwerben, diesen selbst zur Freude, den Kranken zum Segen, dem Erfinder zum Dank.

K. Briegleb (Worms).

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Bemerkungen zur Behandlung des Tetanus mittelst Injektion von Hirnemulsion. Von Schramm.

Auf Grundlage der Experimente von Wassermann und Takaki, welche bewiesen, dass das Hirn von warmblütigen Tieren auf das Tetanusgift antitoxisch wirke, und auf Grund des günstigen Verlaufes in dem von Krokiewiecz publizierten Falle versuchte Verf. die Hirnemulsion bei einem Falle von Tetanus bei einem 9jährigen Mädchen und erzielte nach sieben Tagen vollständige Heilung. Er verwendete 10 g. einer antiseptisch zubereiteten und filtrierten Emulsion eines Kaninchenhirnes. Schon nach der ersten Injektion war Besserung eingetreten, da sich jedoch der Zustand wieder verschlimmerte, wurde die Dosis wiederholt, worauf vollständige Heilung eintrat. — (Przegl. lek. 99.)

Dr. Goldbaum, Wien.

Ein Fall von primärer isolierter Nasendiphtherie. Von C. Kassel.

Eine 12jährige Patientin litt seit mehr als 4 Wochen an Schnupfen und seit 14 Tagen an Verstopfung der linken Nasenhöhle mit quälenden Schmerzen in der Nase. Naseneingang und Oberlippe gerötet und excoriirt, Nasenschleimhaut links in ihrer Totalität geschwollen, gerötet, mit grauen Membranen belegt, Berührung sehr schmerzhaft und Blutungen veranlassend, Geruch und Gehör normal, keine Temperatursteigerung, Die bakteriologische Untersuchung des Sekretes zeigt typische, echte Löffler'sche Diphtherie-Bazillen. Heilseruminjektionen erzielten unter Weglassung jeglicher Lokalbehandlung Nachlassen und Schwinden der klinischen Erscheinungen. Nach zweiwöchentlicher Nachbehandlung der Nasenschleimhaut mit Kalkwassersyrup und Nosophen verschwanden auch die Diphtheriebazillen im Sekret. (Therap. Monatsschr. 98.)

v. Boltenstern, Bremen.

Über einen Fall von kindlichem Skorbut infolge der Ernährung mit Milch, die mit dem Apparat von Soxhlet sterilisiert war, berichtet Netter in der Société médicale des hôpitaux in der Sitzung vom 4. November 1898:

Er hat ein einjähriges Kind beobachtet, dass seit seiner Geburt ausschliesslich mit Milch ernährt war, die zu Hause im Soxhletschen Apparat steriliert worden war. Dieses Kind hatte nie Ernährungsstörungen gehabt, zeigte aber die klassischen Symptome des Skorbuts. Diese Symptome schwanden sehr schnell, als man neben der typischen Behandlung des Skorbuts die sterilisierte Milch durch gekochte ersetzte. Von allen Fällen von kindlichem Skorbut, die N. hat ermitteln können, betrafen neun Zehntel Kinder, welche mit Milch-Surrogaten (con-

densierte Milch, Kindermehl) ernährt waren. Das letzte Zehntel umfasste Kinder, welche sterilisierte Milch als Nahrung erhalten hatten. (Semaine médicale 98.) Dr. Schmey, Beuthen O/S.

Zur Therapie der Chorea infantum. Von N. Filatow.

Als obersten Grundsatz der Behandlung stellt Verf. hin „absolute geistige Ruhe." Patient soll nicht mit Lernen angestrengt werden, muss die Schule verlassen, selbst auf die Gefahr hin, ein Jahr zu versäumen. Daneben kräftige Kost und keine Störung des Schlafes. Medikamentös ist das wirksamste Mittel Acid. arsenicos. Zuerst werden 10 gr. einer 1‰ Lösung mit 6 Esslöffel Wasser verdünnt und 2stündlich 1 Esslöffel gegeben, wobei immer Milch mitgetrunken wird. Am 2. Tage werden 15 gr. jener Lösung mit 6 Esslöffeln Wasser verdünnt, am 3. Tage 20 gr. u. s. w. bis zu 40 gr. am 7. Tage. Vom 8. Tage an wird in gleicher Progression heruntergegangen, sodass die Behandlung 14 Tage dauert, in welcher Zeit etwa 0,35 Acid. arsenicos. verbraucht werden. Letzteres ist besser als Sol. Fowleri, von deren Bestandteilen das Kal. arsenicos. viel schlechter vertragen wird. Treten auch bei Acid. arsenicos. Uebelkeiten oder Durchfall ein, so setzt man 1—2 Tage aus, um dann mit etwas geringerer Dosierung weiter fortzufahren. Die Behandlung unterstützen daneben warme Bäder, Eisen und bei Schlaflosigkeit Chloral. Oft tritt dabei erhebliche Gewichtszunahme ein. (Allg. med. Ctrlztg. 98.)

Klautsch, Halle a. S.

Diphtherie und Scharlach. Von Marcus.

Verf. beschreibt einen Fall, in welchem er ausser dem Frühauftreten der Scharlachdiphtherie vor dem Ausbruch des Exanthems das Krankheitsbild deshalb für besonders erwähnenswert hält, weil kein Serum angewandt wurde und weil man im anderen Falle leicht hätte geneigt sein können, das Exanthem als Nebenwirkung des Serum aufzufassen. Bestätigt wurde im übrigen die Diagnose des Scharlachs durch den weiteren Verlauf und besonders durch die reichliche Abschuppung. (Therap. Monatsh. 98.)

v. Boltenstern, Bremen.

Bleibende Mitralinsufficienz nach Diphtheritis. Von Steffen.

Bleibende Herzfehler nach Diphtherie sind äusserst selten, um so interessanter ist der vom Verfasser mitgeteilte Fall, welcher einen 3jährigen Knaben betraf. Verfasser glaubt, dass die Herzfehler dadurch zustande kommen, dass eine randständige Endrearditis auf die Klappen übergeht, und so Schrumpfungsvorgänge angeregt werden, die zu einem ächten Klappenfehler werden. Dass dies nicht öfters geschieht, liegt in dem eigentümlichen Verhalten des jugendlichen Herzens begründet; es werden eben hier schwerere Schädigungen leichter ertragen und ausgeglichen als bei Erwachsenen. (Jahrb. f. Kdrhlkde. 98.)

Klautsch, Halle a. S.

Über den Zeitpunkt der operativen Behandlung der adenoiden Vegetationen. Von Hagedorn.

H. steht auf dem Standpunkt, dass man die Vergrösserung der Rachenmandel nicht zur Verhütuug von Schädlichkeiten beseitigen soll, sondern erst dann, wenn gewisse Erscheinungen aufgetreten sind, welche **notwendiger Weise beseitigt werden müssen.**

Als Indikationen für die Operation der adenoiden Vegetationen giebt er folgende an:

Es ist der Zeitpunkt für die Entfernung gekommen, wenn

1. die Nasenatmung nicht vollkommen vorhanden ist,
2. häufige Halsentzündungen vorgekommen sind,
3. Störungen des Gehörs eingetreten sind,
4. nervöse Erscheinungen, wie Krampthusten, Enuresis nocturna, Kopfschmerz, Aprosexie sich einstellen.

Das Lebensalter der Patienten ist in Bezug auf den Zeitpunkt der Operation gleichgiltig: man kann Säuglinge ebenso gut operieren als ältere Kinder.

Als Gegenanzeigen gelten meist nur akute fieberhafte Erkrankungen.
(Ztschr. f. prakt. Ärzte 99.) Schnell, Egeln.

Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.
Pyoctanin coerul. 0,01—0,03
Nuc. mosch. q. s.
Mf pulv. Dent. tal. dos.
ad. caps. amylac.
DS. tgl. 4—6 P.
Malar. quotidian.
(Thomsen.)

Rp.
Naphthol. 3,0
Chloroform. 0,6
Ol. Ricin. 90,0
Ol. menth. pip. 0,3
MDS. theelöffelw. in Portwein od. heissem süssem Kaffee.
Intestinale Antisepsis.
(Massinowitsch.)

Rp.
Ichthyol. 2,5
Spirit.
Aether aa. 25,0
MDS. äusserlich
Hautjucken bei Icterus.
(Boulland.)

Rp.
Tannopin 0,3—0,5
Calomelan. 0,005
Uf pulv. D. dos X.
DS. 3—4 mal tgl. 1. P.
Cholera nostras, Enteritis
(Merck's Jahresber. f 1898.)

Rp.
Uropherin. salicyl. 5,0
Aq. fontan. 120,0
Vanillin. 0,001
Mucilag. gum. arabic.
Syr. simpl. ad 15,0
MDS. 3—4 mal tgl. 1 Kinderl.
Diureticum. (A. Schmid.)

Rp.
Acryent. colloidal 3,0
Aq. destillata 1,0
Cer. alb. 2,0
Adip. benzonat 14,0
Mf unguent. D. tgl. 1,0 25 bis 30 Min. lang auf dem Rücken oder Oberschenkel einzureiben.
Meningit. cerebrospin., Phlegmone, Osteompelitis, Septicaemie, Furunculosis.
(Credé.)

Kleine Mitteilungen.

Das deutsche Zentralkomitee zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke versendet die Einladung zu dem vom 26.—27. Mai tagenden Kongress zur Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit Es bilden sich 5 Sektionen des Kongresses, nämlich 1) Ausbreitung; 2) Aetiologie; 3) Prophylaxe; 4) Therapie; 5) Heilstättenwesen. — Nähere Auskunft erteilt das Generalsekretariat, Berlin W., Wilhelmplatz 2.

Verlag des „Reichs-Medicinal-Anzeigers" B. Konegen, Leipzig.
Druck von Scholtze & Klemm, Leipzig.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 8836) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

X. Jahrg. Mai 1899. Heft 5.

Der erste bleibende Molar mit Beziehung auf die Praxis bei Kindern.

Von Zahnarzt Wille (Worms).

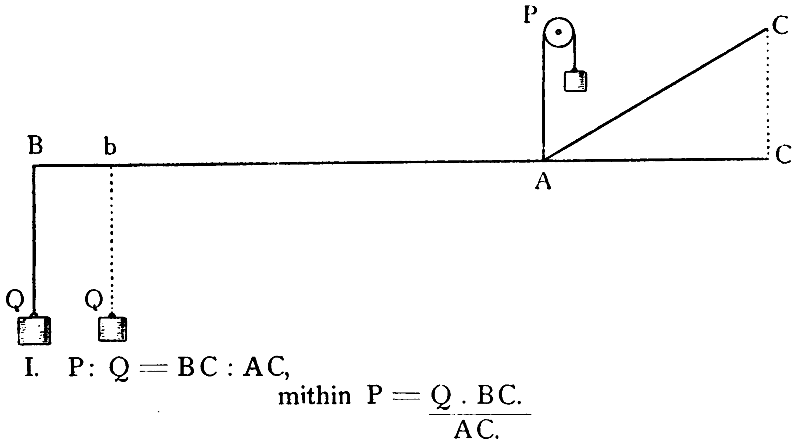
(Schluss).

Werden nun aber im Unterkiefer beide erste Molaren gezogen, während etwa die ersten Prämolaren schon am Kauakt Theil nehmen können, so wird es nicht zu jener Form von Prognathie kommen, wohl aber wird der Unterkiefer in seiner Längenausdehnung in Folge mangelhafter Ausbildung zurückbleiben und diese Verkürzung mehr oder minder durch Zurücktreten des Kinnes deutlich werden. Diese Anomalie bezeichnet Sternfeld als Opisthogenie und führt mangelhafte Entwickelung des Unterkiefers oder fehlerhafte Insertion der Unterkieferäste (?) als Quellen des Uebels an. Ich besitze ein Bissmodell von dieser Art. Die oberen Zähne stehen bei geschlossenem Munde 1 cm vor den unteren. Sternfeld weist mit Recht darauf hin, dass, wie auch in unserem Falle, diese Anomalie nur bei den Vorderzähnen zum Ausdruck kommt, und zwar in meinem Modell bei allen 6, welche in flachem Bogen zurückstehen. In dem vorliegenden konkreten Falle sind augenscheinlich die ersten Molaren sehr früh gezogen, der linke wahrscheinlich gleich nach Erscheinen, der rechte vielleicht erst um das fünfzehnte Jahr; links ist die Lücke ganz verschwunden, rechts hat sich der Standraum des ersten und zweiten mehrere Jahre später gezogenen in einer harten, niedrigen Leiste erhalten mit geringer Verkürzung; aber dass trotz dieser nur

linksseitig eingetretenen absoluten Verkürzung Opisthogenie zu Stande kam bei dem sonst normal entwickelten Patienten, in dessen gesunder Familie, wie auch bei dem Bruder keinerlei ähnlichen oder irgend welche abnormen Eigenthümlichkeiten sich finden, deutet wohl auf obige Ursache.

Auch dass die Mittellinie des Unterkiefers um 1 Centimeter nach links verrückt ist, weist stark auf den in Folge allzufrühzeitigen Wegfall des Molaren veränderten Zug der Kaumuskulatur hin.

Ein einfaches Exempel wird dies beweisen: Der Unterkiefer ist als einarmiger Hebel aufzufassen, bei dem Q die Last, also der beim Kauen zu bewältigende Widerstand, P die ausübende Kraft, der Muskelzug beim Kauen, ist. Sei in folgendem Bildchen C der Unterstützungspunkt, B der Punkt, in welchem die Last Q wirkt, A der Angriffspunkt der Kraft P, so verhält sich nach dem Hebelgesetz, da C der Drehpunkt, BC also der ganze Hebel ist:



I. $P : Q = BC : AC$,

$$\text{mithin } P = \frac{Q \,.\, BC.}{AC.}$$

Wird nun der Hebel — der linke Unterkieferast — um Bb verkürzt bei gleichbleibender Last, so wird

$$\text{II. } P : Q^1 = BC - Bb : AC$$

$$\text{mithin } P = \frac{Q^1 \,.\, (BC - \overset{r}{\overline{Bb}})}{AC} = \frac{Q^1 \,.\, (BC - r)}{AC}$$

Setzen wir für $r = 10$. $Q = 90$, $BA = 70$, $AC = 30$,

so ist I. $P = \frac{90 \,.\, 100}{30} = 300.$

II. $P = \frac{90 \,.\, 90}{30} = 270.$

Das bedeutet also ganz allgemein, dass bei Verkürzung des Schenkels die Kraft proportional abnimmt, und in unserem bestimmten Falle, dass bei allzufrühem Ausziehen des linken unteren Molaren und Schrumpfung des ihm bestimmten Kieferabschnittes überschüssige Kaukraft frei ward, welche, da sie naturgemäss nicht zu eliminiren, auf den weichen kindlichen Knochen einseitigen Zug ausübte. Durch den Druck der Lippe ward der im Einbiegen nach links begriffene Unterkieferast den noch etwa stehenden oberen Antagonisten entzogen, weiter nach innen abge-

flacht und nun mussten auch, da der Zug ein einseitiger blieb und der Lippendruck eine völlige Abrundung anstrebte, die drei rechten unteren Vorderzähne dem gewaltigen Zug folgen. Erst der rechte erste Praemolar, durch seinen Antagonisten gefesselt, vermochte der Deformirung Halt zu gebieten. Die Kraft der Zunge, welche das Bestreben hat, die unteren Zähne nach vorn zu drängen, vermag der überschüssigen Kraft der Kaumuskeln nicht zu widerstehen. So kommt Zurückweichen des ursprünglich normalen Unterkiefers und Verrückung seiner Mittellinie um einen Centimeter zu Stande, eine Verrückung, welche wir bei der zwecks Zahnregulierung vorgenommenen Dehnung nie beobachteten. Diese setzt stets und gleichmässig in der Mittellinie ein, ein Beweis mehr, dass bei einseitigem Zug des nachgiebigen Knochens nicht eine Dehnung, sondern eine Zusammenziehung stattfindet. Uebrigens hat bezüglich der Kaufähigkeit in diesem konkreten Falle die Natur den begangenen menschlichen Fehler etwas ausgeglichen, als beim Zubeissen der Kiefer aussergewöhnlich weit nach vorn gleitet — das Darwin'sche Utilitätsprinzip. Es sei noch gestattet, darauf hinzuweisen, dass obiges Zahlenbeispiel nahezu der Wirklichkeit entspricht, so gut bei der Variabilität und Mutabilität des Individuums und der Rassen dies möglich ist, indem die durch den Fehler der Extraction entstandenen Zustände im Erwachsenen angegeben werden. 10 mm ist etwa die durchschnittliche Kronenbreite des 1. Molaren (meist etwas mehr), 100 mm der projicirte Unterkieferast vom Condylus zum mittleren Incisivus inf., Q = 90 Pfund. — Dass der Druck der Lippe ein beachtenswerther physiologischer Faktor ist, nutzen wir oft aus bei Regulirungen der Vorderzähne, wenn der vor der Reihe erscheinende Eckzahn nach Entfernung seines temporären Vorgängers von der Lippe selbst an die Stelle gerückt wird.

Das obige Beispiel zeigt am klarsten, wohin unter Umständen, welche wir nachher nicht mehr in der Hand haben, frühzeitiger Verlust des 1. mol. führt: zu einem für das spätere Leben durch Rückbildung sich rächenden Schönheitsfehler, zu verminderter Kaufähigkeit mit allen ihren Schädigungen. Es ist hier der Ort, einen weit verbreiteten Missgriff zu rügen, den leider noch Fenchel,*) einer unserer Pioniere in der Volkszahnhygiene, begeht, indem er sagt: „Hat man aber einen Mahlzahn verloren, so sorge man für Ersatz oder lasse auch den jetzt nutzlosen Gegner entfernen.“ Mit dem Ersatz sind wir einverstanden, aber wer weiss denn, dass der „Gegner“ jetzt nutzlos ist? Dient er nicht vorerst zur besseren Ernährung seines Kiefertheils? Ist es nichts, besonders beim Unterkiefer, der Resorption des Alveolarfortsatzes entgegenzustehen? Erspart er nicht in vollkommenster Weise bei eventueller künstlicher Ergänzung fehlender Zähne den Kunstzahn? Kann er nicht später in unvorhergesehenen Fällen mindestens als hochwillkommener Träger eines Ersatzstückes funktioniren, wenn durch Sarkom oder Carcinom etc. die anderen Theile des Kiefers fortfallen? Verfasser war hocherfreut, in einem ihm durch die Freundlichkeit des Herrn Prof. Dr. Heidenhain überwiesenen Falle, in welchem nach Resection zur Beseitigung eines Carcinoms vom ganzen Oberkiefer nur ein kleines Stück, vom Unterkiefer zwei Drittel, übrig

*) Fenchel. Die Zahnverderbnis und deren Verhütung Correspondenz-Blatt für Zahnärzte. Berlin.. Bd XXV. Heft 3. S. 202.

hlieben, den künstlichen Oberkiefer an dem weise geretteten „nutzlosen Gegner“ mitbefestigen zu können. Wenn Miller und andere mit Nachdruck jeder Wurzel das Recht ihrer Existenz zu retten und sie mit vieler Sorgfalt zu erhalten suchen, da sollte ein ganzer Zahn, weil er keinen Antagonisten hat, hinaus müssen? Wir arbeiten nicht in corpore vili, sondern an der kostbarsten Schöpfung der Natur, dessen kleinstes Theilchen nicht werthlos ist.

Wie aber verhält es sich mit der Indikation für Extraktion des ersten Molaren? Unwillkürlich fällt mir bei dieser Frage eine Bemerkung ein, die Winckel über einen bekannten Berliner Gynäkologen machte, wenn er dessen Indikation für die von ihm eingeführte Exstirpation des Uterus kennzeichnete. Er sagte: „Das Vorhandensein des Uterus war Indikation zur Exstirpation.“ Soweit ist es in praxi leider auch mit dem 1. Mol. gekommen. Und wenn ich bei diesem Punkte vielleicht etwas heftiger werde, so geschieht es, weil ich erröte, dass auch ich diese Bahnen gewandelt, zum Nachteil vertrauender Patienten, bis ich mein Damaskus fand. Was soll man dazu sagen, wenn Greve*) in seiner Apologie dieses Zahnes am Schlusse als einzige Indikation zur Extraktion angiebt: „die frühzeitige Extraktion des ersten bleibenden Molaren ist nur erlaubt, wenn er selbst unregelmässig zum Durchbruch kommt und dadurch Anomalien der ganzen Zahnreihe hervorrufen würde. Doch ist zu überlegen, ob nicht durch Dehnung des Kieferbogens oder eine andere mechanische Art der Regulierung dem Uebel auf bessere Weise abgeholfen werden kann.“ Parturiunt montes ....! möchte man da ausrufen. Das ist ja gerade die Hälfte aller Fälle. die zu seiner Extraktion führt! In was unterscheidet sich der Arzt vom Bader, wenn er in solchem Falle zur Zange greift? Das ist keine Hilfe, wenn ich einen Theil des Körpers exstirpire, wo das Wohl des Ganzen und die Natur auf Erhaltung hinweisen! Diese Art Zahnheilkunde zu treiben, muss als eines früheren, barbarischen Jahrhunderts, eines Dr. Eisenbart würdig bezeichnet werden. „Ne nocere quidem“ war die Grundregel, die der grosse Philantrop Nussbaum in seinen gesunden Jahren uns als erste Richtschnur gab. Die Kiefer bis zum 15., 16. Jahr — und um diese handelt es sich meist — sind so überaus nachgiebig und dehnbar, dass das Experiment der Erweiterung der Kiefer, der Raumschaffung zu eng stehender, der Drehung falsch stehender Zähne immer gelingt. Ja sogar im dreissigsten Jahre, wie ich bei Schneider**) sah, ist die Prognose der Dehnung noch als eine sehr gute zu bezeichnen, um erst in späteren Jahren mit Zunahme der Starrheit des Knochensystems abzunehmen.

Diese Betrachtung besteht selbstverständlich zu Recht im akademischen Sinne. In der Praxis pauperum wird, wo die Wohlthat einer öffentlichen privaten, besser noch städtischen Poliklinik nicht gegeben ist, das Kind der Armut immer noch seinen Zahn verlieren, „zum Zwecke der Regulierung“. Doch ist enger Kiefer und schiefer Zahnstand vorzugsweise eine Krankheit der verweichlichten, verzärtelten Kinder det besitzenden Klasse. Das altbackene Brot der vergangenen Tage und das feste und

*) H. Chr. Greve, Ueber die Berechtigung der frühzeitigen Extraktion des sechsjährigen Molaren. Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde 1896. August-Heft.

**) Schneider, Privat-Clientel und mündliche Aeusserungen. — Vgl. auch J. N. Farrar, Correspondenzblatt für Zahnärzte 1896 Juli-Heft. Regulierung einer complicirten Unregelmässigkeit der Zähne eines 30jährigen Mannes.

schnelle Zubeissen des Hungers geben den Armen umsonst, ungesucht als kleine Entschädigung, was der Reiche mit Sorgen entbehrt. Nachhaltig aber und scharf verdient betont zu werden, dass der Arzt oder Zahnarzt, welcher seinen Stand würdig den Pfuschern gegenüber vertreten will, in engem oder unregelmässigem Zahndurchbruch allein keine Indikation zur Extraktion sehen darf. Der unblutige Weg ist schonend, schmerzlos, allerdings weiter, aber ein so souveränes Mittel, dass wir uns seiner um so mehr auch zum Nutzen der anderen Zähne und der ganzen verkümmerten Gestalt des Gesichts im Interesse der Harmonie bedienen sollen.

Aber für jeden Theil des Körpers giebt es Indikationen zu seiner Entfernung. So auch für den behandelten Zahn. Es ist erwiesen, *) dass chronische und akute, von kranken Zähnen ausgehende Pyaemie durch Entfernnng jener geheilt wurde. Nekrose eines grossen Stückes des Unterkiefers, ausgehend von putriden Molaren — allerdings nicht bei einem Kinde — habe ich selbst gesehen. Ebenso starkes Oedem, Ankylosis, Zahnfistel, beginnende Pyämie in Folge kranker Milchmolaren eines 3 jährigen Kindes, die nach Entfernung des Uebelthäters verschwanden. Lymphadenitis ist nach v. Bergmann **) eine Krankheit, welche durch die von aussen in die Lymphbahnen eingewanderten und von da aus in die Drüsen weiterbeförderten Infektionskeime bedingt ist. Starck fand ausser anderen höchst verdächtigen Fällen zweimal bei Drüsenschwellungen Tuberkelbacillen in den betreffenden Zähnen und niemand wird ihm bestreiten, wenn er als naheliegend das Eindringen des tuberkulösen Virus in die Lymphbahn von hier aus bezeichnet. In Uebereinstimmung mit diesen hat Odenthal***) nachgewiesen, dass in 99 % aller Fälle Caries der Zähne mir Drüsenschwellungen vergesellschaftet war und dass die Schwellung der Drüsen eine stärkere und ausgebreitetere war, wenn die Pulpenkammer offen war, sowie wenn mehrere Zähne erkrankt waren. „Fanden sich auf beiden Seiten cariöse Zähne, so war auch stets auf beiden Seiten Lymphdrüsenschwellung vorhanden." Dasselbe betont Starck. Viele Kinder haben die üble Gewohnheit, Sand zu essen und bringen mit ihm und den beschmutzten Händchen Bakterien aller Art, Pneumonie-Kokken, Diphtherie- und Tuberkelbacillen etc. in den Mund und die hohlen Zähne und man wundert sich dann oft, wenn nach Exstirpation erkrankter Drüsen Recidive eintreten. Lymph- und Blutbahn besorgen die Weiterbeförderung des Giftes. Dieser Weg der Primär-Infektion, bei schlecht genährten Kindern zumal, dürfte bei manchen Krankheiten zu den häufigsten zählen. Volland†) sagt mit Recht am Schlusse eines lesenswerthen Artikels über Prophylaxe der Tuberkulose: „Wenn es gilt, die Menschheit vor der Infektion zu schützen, so hüte man die Kinder vor der Scrophulose!" P. Ritter††) ferner führt an,

*) Porre. Transact. of internat. med. Congress zu Washington cit. n. Miller „Mikroorganismen".

**) v. Bergmann. Erkrankung der Lymphdrüsen. Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. Bd. VI Abth. I. Vgl. auch Deutsche medicin. Wochenschrift 1896 Nr. 3. Ueber die Häufigkeit des Vorkommens von tuberculösen Halsdrüsen bei Kindern. Von H. Laser.

***) Odenthal. Cariöse Zähne als Eingangspforte infectiösen Materials und Ursache chronischer Lymphdrüsen-Schwellungen am Halse. Jnaugural-Dissertation Bonn 1892.

†) Volland. Zur Prophylaxis der Tuberkulose. Der ärztliche Praktiker. III. Jahrg. 1890 Nr. 21.

††) P. Ritter, Zahnärztl. Rundschau. 1899. Nr. 339.

dass nach Slawyk*) bei 24 von 100 Kindern in der Charité-Kinder-Klinik Diphtherie-Bacillen im Munde gefunden wurden, ohne dass die Kinder Krankheitserscheinungen darboten. Ueber den Zustand der Zähne ist leider nichts gesagt.

Die Bedingungen für das Ziehen des 1. Molaris ergeben sich aus dem Gesagten mit zwingendem Schluss. Er ist zu ziehen überall da, wo bei offener oder schwach gedeckter Pulpakammer und korrespondirenden Drüsen-Schwellungen auf krankhafte Störungen allgemeiner Art und bereits eingeimpftes Virus zu schliessen ist, damit eine langsam heranschleichende perniciöse Diathese vermieden werde und im Falle einer intercurrenten akuten Erkrankung bei dem hierdurch geschwächten kindlichen Organismus nicht die Oberhand gewinne.

In diesem Falle ist der sicherste Weg der Beseitigung primärer Infektion der beste, indem zu erhoffen steht, dass bei Fortfall örtlicher Reizung und der Zufuhr neuer Mengen des Virus die Kraft der kindlicher Zellen hinreicht, die eingeführten Keime zu zerstören. Principiis obsta!

Dahingegen den Zahn zu ziehen, weil der Mund zu eng, ist zwar sehr bequem, aber kurzsichtig, zuweilen leichtfertig und häufig von tiefen ästhetischen Benachtheiligungen und funktionellen Störungen begleitet. Den Zahn zu ziehen, weil er unter ungünstigen Durchbruchsverhältnissen und naturgemäss häufiger Schmelzhypoplasie leichter cariös werde als andere, entbehrt der einfachsten Logik und widerspricht den Thatsachen, wie auch Berten**) angiebt. Oder soll ich mein Haar nicht pflegen und erhalten, auch wenn ich auf eine stolze Reihe von Ahnen mit spiegelglatten Schädeln zurück und vorwärts im Spiegel schon eine Lichtung schaue? Erst recht! sagt der Besonnene. Vor ca. 5 Jahren brachte mir ein Herr aus Ulm sein bildsauberes 15jähriges Töchterchen mit der bitteren Klage, dass der Zahnarzt, welcher es seit Jahren behandle, kategorisch erkläre, die Zähne nicht weiter füllen zu können, er wolle ihr neue Zähne einsetzen. Es ergab sich, dass uur ein einziger Zahn, ein 1. Mol., gezogen werden musste, im höheren Interesse, und alle anderen bei sorgfältiger Behandlung erhalten werden konnten und erhalten blieben. Wer die Flinte in's Korn wirft, braucht freilich nicht zu kämpfen.

Eines ist anzustreben, soll der Gefahr der Verseuchung des Mundes und weiterer Ansteckung Thor und Thür geschlossen werden, das ist die Errichtung von öffentlichen zahnärztlichen Instituten, zwangsweise in regelmässigen Zeitabschnitten wiederholte Untersuchung der Schulkinder von Seiten eines Zahnarztes und unentgeltliche Füllung der Zähne, während das Zahnziehen etwa mit 2—3 Mark zu bezahlen und so gleichsam eine Prämie auf rechtzeitiges Aufsuchen des Zahnarztes gesetzt wäre. Voraussetzung wäre, dass Schulkinder nur zu bezeichneten — vielleicht

---

*) Slawyk, Deutsche med. Wochenschrift 1898 No. 6. Aus der Kinderklinik des Charité-Krankenhauses zu Berlin. Ueber die Immunisirung krankerKinder mit Heilserum (Behring),

**) Berten, Sitzungsberichte der physik.-med. Gesellschaft zu Würzburg 1894 Nr. 9. Ueber die Häufigkeit und Ursachen der Caries bei Schulkindern nach statistischen Untersuchungen.

allen solidarisch verpflichteten — Zahnärzten geführt werden dürften. Doch ist das ein Gebiet, das so tief in die Sociologie eingreift, dass wir es gern verlassen, um an einem anderen Ort die Frage genauer zu diskutieren. — Belehrungen der Kinder und Eltern sind zwar nützlich, aber bei der grossen Indolenz des Volkes nicht von durchschlagendem Erfolg.

Der Segen derartiger öffentlicher Institute wird ein ungeahnter sein. Die Volkshygiene wird an einer ihrer Hauptadern gestärkt. Im Werke ist es bereits. London war die erste Stadt, die mit bedeutenden Geldopfern Schulzahnärzte anstellte. Es folgten andere Städte Englands. In Hamburg gelang es Fenchel, durch die Munifizenz einer Dame einen grossen Fonds zur Errichtung und Leitung einer gut eingerichteten zahnärztlichen Poliklinik im Interesse des ärmeren Volkes nutzbar zu machen. In Düsseldorf und Frankfurt a. M. zeigen sich Anfänge. In dem weltfernen Agram kämpft Wolff nach einer mir freundlichst zur Verfügung gestellten Schrift*) seit Jahren mutig für Mundhygieine bei Kindern. Der Tag bricht an. Gebe das neue Jahrhundert in diesem Sinne den kleinen Lieblingen der Unbemittelten ein Gastgeschenk. Unsere Nachkommen werden uns danken.

Ein Fall von schwerer Resorcinvergiftung.

Von Dr. Schwabe, Kreisphysikus in Langensalza.

Das Resorcin, seit ungefähr 11 Jahren unserem Heilmittelschatz einverleibt, erfreut sich in der dermatologischen und in der gastro-intestinalen Praxis eines guten Rufes. Auch gegen Diphtherie ist es beispielsweise von Bianchini in der Gazett. degli ospitali in der Lösung von 3:10 neben 3procentigen Karbol-Bleiwasser-Fomentationen als Pinselsaft warm empfohlen worden. Ferner hat es nach Berichten in der Wiener Mediz. Presse von 1895 in 50 bis 100 % Lösung bei adenoiden Vegetationen der Kinder sich als vorzügliches Tupfmittel erwiesen. Gegen Ulcus ventriculi es in der Lösung von 1 : 100 in drei Theilen zu nehmen, wurde in der Ref. Medic. 1893 angeraten. Auch gegen Pertussis rühmt Galvagno Resorcin in Verbindung mit Antipyrin (Resorcin, Antipyrin aa. 15, Aq. dest. 200, täglich 3—5 Theelöffel), ebenso Kraismann Antipyrin 3, Resorcin 1 Aq. dest. 110. Gamba empfahl auf dem zweiten italienischen Kongress für Pädiatrie regelmässige Pinselungen mit 1 % Resorcinlösung, unterstützt von einigen Einstäubungen einer 2 bis 5 % Resorcinlösung. Moncorvo räth in der Médecine infantile gleichfalls Pinselungen mit 1 % Lösungen.

Auch bei Gonorrhoe soll es nach Fullien in der Lösuug 3 : 140, nach Unna 4 : 200, nach Mitteilungen in der Münchener Mediz. Wochenschrift 1892 in 25 % Glycerinlösung sehr gute Resultate gezeitigt haben. Die Anwendung des R. gegen Lupus in 50 % Salbe, gegen Lepra als Paste und Injektion (1 : 20,0 1 Spritze), gegen Leukoplakieen (Leistikow), luetische Papillome, Ulcus cruris, Pruritus, Frost, Herpes zoster (2 : 100 in Kataplasmen), Otitis (0,1 : 10,0), als Zahnpulver u. s. w. will ich nur

*) Wolff, Separat-Abdruck a. d. östreich. ungar. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde. (Erscheinungszeit nicht angegeben.)

kurz erwähnen. Hervorheben möchte ich aus der dermatologischen Praxis nur noch, dass speziell für Kinder von Wende eine Paste von 12:200; im Korrespondenzblatt der Schweizer Aerzte speziell gegen Säuglings-Eczem ein Streupulver von Resorcin 1: Zinc. oxydat 30 gepriesen wird, und dass Sonnenberger bei der Gastroenteritis junger und älterer Kinder, ebenso Cattani (Internat. Klin. Rundschau 1892 No. 2) bei Dyspepsie in Folge abnormer Gährungen warm den internen Gebrauch als Resorcin empfehlen. Bei Gährungserscheinungen soll sich das Resorcin in Clysmaform auch vortrefflich bewährt haben.

In der mir zu Gebote stehenden Litteratur habe ich nur Rühmliches von der Resorcinbehandlung gelesen, vergeblich aber auf Intoxikationserscheinungen gefahndet; es sei denn, dass Sonnenberger extra hervorhebt, er habe bei seiner Anwendungsweise des Resorcin (bei Kindern in den ersten Monaten 0,1 bis 0,12, bei älteren 0,15 bis 0,2 pro die) nie Intoxikationserscheinungen erlebt. Und doch muss bei der chemischen Natur des Resorcin dem Praktiker von vornherein einiges Bedenken aufsteigen: 1. das Resorcin kann ausser durch Einwirkung schmelzender Alkalien auf verschiedene Harze, namentlich das Galbanum, auch synthetisch durch Schmelzen von Chlorphenol mit Aetzkali dargestellt werden. Ist das Resorcin chemisch nicht rein, so empfindet man einen an Phenol erinnernden Geruch. Bei der bekannten ausserordentlichen Empfindlichkeit der Kinder gegen Phenol (C_6H_5OH) muss das Resorcin ($C_6H_4(OH)_2$) in der Kinderpraxis also zur Vorsicht mahnen, 2. die drei Dihydroxybenzole (Brenzcatechin, Resorcin und Hydrochinon) sind bekannt aus den mit ihnen angestellten Versuchen wegen ihrer ausserordentlich brüsken antipyretischen Wirkung; sie erniedrigen die Temperatur ganz schroff durch vermehrte Wärmeabgabe des Körpers. Es wird also das Resorcin einen vollkommenen Collaps bewirken können. Und in der That, bei dem von mir beachteten Fall von Resorcinvergiftung kombinirten sich Phenolintoxikation mit Antipyrese-Collaps.

Ein fünfjähriges, kräftiges, gesundes, wenn auch zierlich gebautes kleines Mädchen war mit Erbrechen mässig fieberhaft erkrankt. Alle Anzeichen sprachen dafür, dass es sich um eine akute Gastroenteritis ex ingestis handele. Es war daher neben einer internen Verabreichung von Salzsäuremixtur ein Einguss mit einer 0,5% wässrigen Resorcinlösung ordinirt worden, und zwar 100 gr. Durch ein Versehen erhielt das Kind an Stelle von 100 gr. Flüssigkeit 200 gr. als Einlauf, also 1 gr. Resorcin. Etwa 4 Minuten darauf begann die kleine Patientin Grimassen zu schneiden und erklärte, als die ängstliche Mutter sie wegen dieses Gesichtsverziehens interpellirte, „mir machen meine Augen und Ohren Musik". Unmittelbar darauf wurde das Kind leichenblass und verdrehte die Augen. Die Haut, ganz leicht livide gefärbt, war von kaltem Schweiss bedeckt. Der Kopf war leicht rückwärts gebeugt, die Wirbelsäule ziemlich starr. Als ich erschien, dauerte der Zustand etwa 15 Minuten. Die erschreckte Mutter hatte zunächst noch etwas Ungarwein einflössen können, dann aber an den festgeschlossenen Zahnreihen einen unüberwindlichen Widerstand gefunden. Im Fluge orientirte mich die Mutter, und ich war mir sofort klar, dass hier eine Resorcinvergiftung vorliegen müsse. Da der Puls nicht mehr zu fühlen war, das Herz vollkommen jagte, so erhielt die kleine Patientin zunächst Aetherinjektionen, während dessen die Mutter den Darm mit einer kühlen Natr. sulf. Lösung irrigirte.

Nach ungefähr 10 Minuten wurde der Puls wieder fühlbar, die Zähne wurden nicht mehr so krampfhaft auf einander gepresst, und es wurden hie und da wimmernde Laute hörbar. Die Pupillen waren im Gegensatz zu ihrem Verhalten bei reiner Phenolvergiftung ziemlich weit; die Reaktion war matt. Nach weiterer Injektion von Aether, Auflegen von Senfteigen, Einflössen von Champagner u. s. w. verfiel das Kind, während der Puls bald stärker, bald wieder schwächer wurde, in Schlaf. Die Athmung, die anfangs ganz oberflächlich und fliegend war, wurde nun endlich — es waren etwa fünfviertel Stunden vergangen — ruhiger und tiefer. Auch die grimassirenden Bewegungen des Gesichtes, das Stöhnen und Wimmern, die eigenartig pflückenden Bewegungen der Händchen verschwanden. Nach zwei und einer halben Stunde wachte das Kind auf, war auf's höchste erstaunt, sich in einem anderen Bette zu befinden und hatte jede Erinnerung für die beschriebenen zwei und eine halbe Stunde, ebenso auch für die Vorgänge verloren, die der Vergiftung vorausgegangen waren.

Das Kind fühlte sich zwar recht matt und angegriffen, klagte aber sonst über keine Beschwerden. Die Temperatur, die während des Collapses auf knapp 35° C. im After zurückgegangen war, schnellte nunmehr auf 41° in die Höhe. Der alsbald gelassene Urin war grünschwarz und enthielt Spuren von Eiweiss. Erst am übernächsten Tage besass er wieder normale Farbe. Das Allgemeinbefinden war nach einer sehr unruhigen Nacht zufriedenstellend und besserte sich von Tag zu Tag. Die Kleine hat den schweren Kollaps glücklich überstanden und ist zur Zeit wieder so munter wie ehedem.

Dass es sich in dem skizzirten Bilde thatsächlich nicht nur um eine Phenolvergiftung, sondern auch um einen Antipyrese-Kollaps gehandelt hat, folgere ich einmal aus dem allgemeinen bekannten Bilde der Phenolintoxikation: nicht mehr zu fühlender Puls, stockende Athmung, grünschwarzer Urin, sodann aus dem Bilde der schroffen Temperaturherabsetzung mit dem darauf folgenden gewaltigen Indiehöheschnellen, von knapp 35° C auf 41° C.

Als Lehre möchte ich daraus ziehen: Vorsicht mit Resorcin in der Kinderpraxis im Allgemeinen. Resorcin-Einläufe überlasse der Arzt nie dem Pflegepersonal. In der Kinderpraxis aber gar Pasten von 12:200 gegen ausgedehnte Eczeme zu verordnen oder den Keuchhusten mit einer Mixtur von Resorcin und Antipyrin aa 15: Aq. dst. 200 zu bekämpfen, halte ich geradezu für lebensgefährlich.

Ob nun das synthetisch dargestellte Resorcin so bedrohliche Erscheinungen hervorzurufen vermag, muss ich als offene Frage hinstellen. Chemisch rein erscheint das in dem beschriebenen Falle verwendete Resorcin gewesen zu sein, denn von einem Phenolgeruch war nichts zu spüren.

Referate.

Die Intubation bei der diphtheritischen Larynxstenose in der Privatpraxis. Von Schlesinger. (Münchener med. Wochenschr. 1899. p. 441.)

Verf. weist zunächst darauf hin, dass sich das Intubationsver-

fahren, welches bekanntlich aus Amerika stammt, auch in Europa immer mehr Anhänger erwirbt. Während aber in Amerika vielfach auch in der Privatpraxis — und besonders in der Armenpraxis — intubirt werde, ohne die Kinder unter beständiger Aufsicht des Arztes zu halten, sei bei uns die Intubation gewissermassen von den Krankenhäusern monopolisiert. „Bei uns“ sagt S. „ist man noch lange nicht so weit“ (wie in Amerika). Verf. hat im Ganzen nur 28 Fälle von Intubation bei diphtherischer Larynxstenose durchgeführt ausserhalb von Krankenhäusern, in der europäischen Litteratur finden können; er bereichert diese Zahl durch weitere 4 Fälle eigener Beobachtung

Die 4 Patienten Verf.'s waren 14 Monate bis 5 Jahre alt. Die Erstickungsgefahr wurde bei allen durch die Intubation abgewendet. Das jüngste Kind starb nach dem Aufhören aller sonstigen Krankheitserscheinungen 6 Tage nach der definitiven Extubation an Herzparalyse. Ein Kind war nur 4 Stunden intubirt, eines 121 Stunden mit 7 Pausen von zusammen 22 Stunden, das dritte 160 Stunden mit 7 Pausen von zusammen 70 Stunden, das letzte war im Ganzen 85 Stunden lang intubirt mit 4 Pausen von insgesammt 23 Stunden. Ausser bei dem ersten Kinde, das nur wenige Stunden lang die Röhre trug, traten bei allen mehr oder weniger schwere Zufälle während der Behandlungszeit ein; dass der Arzt immer noch rechtzeitig erschien, um das Unheil abzuwenden, darf wohl als glücklicher Zufall bezeichnet werden. Denn dass ein beschäftigter Arzt, zumal während einer Diphtherieepidemie, jedesmal sofort bei dem einzelnen Patienten erscheinen kann, ist immerhin recht zweifelhaft. Während S. aus seinen Beobachtungen den Schluss zieht, dass die Intubationsbehandlung sich für die Anwendung in der Privatpraxis angelegentlich empfehlen lasse, möchten wir daraus gerade das Gegentheil folgern. Wenn es in einigen Fällen gelungen ist, gefährliche Zufälle abzuwenden, so haben wir dadurch nicht das Recht, zu behaupten, die Gefahren seien nicht vorhanden. Ein intubirtes Kind gehört ebenso wie ein tracheotomirtes unter dauernde ärztliche Aufsicht, also für gewöhnlich in's Krankenhaus; hoffentlich kommt man bei uns nie „so weit“, wie in Amerika, dass man die Intubation in der Privat- und besonders in der Armenpraxis mit Vorliebe anwendet. Knopf-Frankfurt a. M.

Ueber die Diagnose des Diphtheriebacillus unter Berücksichtigung abweichender Kulturformen desselben. Aus dem bakteriologischen Institut zu Bremen. Von H. Kurth. (Zeitschrift für Hygiene etc. Band XXVIII. Heft 3.)

Der Streit um den Diphtheriebacillus ist noch immer nicht entschieden. Jede auf eigene Untersuchungen und nicht auf theoretische Erörterungen beruhende Mittheilung ist daher freudig zu begrüssen. Als solche stellt sich die Veröffentlichung des Direktors des oben genannten Instituts dar.

Bei den Untersuchungen wurde der Untersuchungsstoff in den Krankenhäusern und von den Privatärzten der Stadt mittelst der Wattepfropfen kleiner, 10 cm langer sterilisirter Glasröhren unter Zuhülfenahme der Pincette entnommen und gelangte meist 1—6 Stunden darauf zur Untersuchung. In den Fällen, wo zur Diagnose die Beobachtung einer Reinkultur erforderlich wurde, wurden jedesmal besondere Mischplatten

wegen der fast regelmässig durch Streptococcen vorhandenen Verunreinigung verwandt. Bei der Prüfung der auf Löffler's Serum angelegten Culturen wurde ein Abstrich nach 9, 18 und 36 Stunden in Wasser ungefärbt untersucht. Hierbei hat man den Vortheil, dass die natürliche Beweglichkeit ähnlicher Bacillen- arten erhalten bleibt und sofort die Unterscheidung gestattet, und dass durch absichtliche Erzeugung von Strömung unter dem Deckglase zweifelhafte Bacillenformen in verschiedenen Lagen beobachtet werden können. Ausserdem kann nach Abziehen des Deckglases die Neisser'sche Doppelfärbung unmittelbar angeschlossen werden. In vielen Fällen kann dann aus der Form der Bacillen schon die endgültige Diagnose „Diphtherie“ gestellt werden. In einem erheblichen Procentsatz bedarf es weiterer Prüfung.

In erster Linie steht der Thierversuch, und zwar in zweierlei Form, einmal der Heilserumprobe Behrings, andermal in der Virulenzprüfung nach Löffler. Eine bei Meerschweinchen Krankheit erregende Reinkultur, welche bei gleichzeitiger Einverleibung von Diphtherieheilserum diese Wirkung nicht mehr erkennen lässt, ist als unzweifelhafte Diphtheriekultur anzusehen. Andererseits hat sich herausgestellt, dass von ähnlichen Bacillenformen keine für Meerschweinchen tödtlich sind. Allerdings ist hervorzuheben, dass es Bacterien giebt, welche im Uebrigen alle Eigenschaften der vollgiftigen Bacillen zeigen und doch für Meerschweinchen völlig ungifttig sind.

Dem Thierversuch giebt die von Neisser angegebene Doppelfärbung nicht viel nach, so dass ausgesprochen werden kann: Der Befund der Neisser'schen Doppelfärbung an einer Diphterie verdächtigen Cultur sichert die Diagnose „Diphtherie“. Hinzuzufügen ist jedoch: Das Fehlen der Neisser'schen Doppelfärbung spricht nicht gegen die Diagnose „Diphtherie“. Ein weiteres Kriterium giebt die Feststellung der Grösse der Bacillen in der Reinkultur auf Löffler's Serum. Damit die Bedeutung dieses Zeichens nicht beeinträchtigt werde, bedarf es der Innehaltung folgender Bedingungen: Genaue Beobachtung des Verhältnisses zwischen Länge und Breite des Bacillen an einer 18—36 Stunden alten bei 37° auf Löffler's Serum gewachsenen Reinkulturen in gefärbten oder besser noch ungefärbten Präparaten, unter Berücksichtigung sowohl der einzeln liegenden geraden als auch der zu zweit zusammenhängenden winklig geknickten, zweckmässig als Fünferform zu bezeichnenden Stäbchen. Bei ersterem soll die Länge siebenmal grösser sein als die Breite, bei letzteren sollen die einzelnen Schenkel fünfmal länger als breit sein. Weiterhin ist die Bildung reichlicher Säure in glucosehaltigen Nährböden ein wichtiges und stets zutreffendes Kennzeichen des Diphtheriebacillus.

Bei der Unterscheidung des Diphtheriebacillus von diphtherieähnlichen Culturen kommen der Bacillus pseudodiphthericus alcalifaciens, der Bacillus pseudodiphthericus acidum faciens und die auf der Conjunctiva vorkommenden Bacillen in Frage.

Unter Berücksichtigung der oben mitgetheilten Untersuchungsmethoden ist die Unterscheiduug des Diphtheriebacillus von Pseudodiphtheriebacillen stets möglich, da diesem stets die eine oder die andere Eigenschaft der Diphtheriebacillen abgeht. Sofern nicht die Untersuchung einer Reincultur, sondern die des Untersuchungsstoffes statt hat, findet

noch das Färbeverfahren von Czaplewski Anwendung; mit dieser, der Züchtung auf Löfflers Blutserum und der daran anschliessenden Neisser'schen Doppelfärbung ist die Diagnose des Diphtheriebacillus in der Regel spätestens binnen 18 Stunden zu stellen. — Eine Tafel veranschaulicht die verschiedenen Versuchsforme nund Färbungen des Diphtheriebacillus sowie einige Pseudo-diphtheriebacillen.

Köppen-Norden.

Sur un symptôme nouveau de la période précontagieuse de la rougeole et sur sa valeur prophylactique. Von H. Meunier. (Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1898, No. 89).

Masern gegenüber ist die Prophylaxe fast völlig machtlos, weil ein klinisches Symptom mangelt, auf welches vor der Invasions- und Ansteckungsperiode die frühzeitige Diagnose sich stützen könnte. Während der Incubationszeit der Masern nun hat der Verf. ständig eine Herabsetzung des Körpergewichts beobachtet, durchaus unabhängig von irgend welchen krankhaften Störungen, sei es nun digestiver, secretorischer oder anderer Art. Die Gewichtsabnahme der Kinder, chute prémorbilleuse, erscheint um so auffallender, als sie mit der aufsteigenden Kurve des physiologischen Wachsthums lebhaft contrastirt. Beginnend 4—5 Tage vor dem Einsetzen der Infektion, das heisst 5—6 Tage vor dem Eintritt der ersten katarrhalischen und febrilen Symptome, 8—10 Tage vor dem Ausbruch des Exanthems dauert sie mehrere Tage, häufig bis zur vollendeten Infektion an und wechselt mit den Fällen an Intensität, jedoch scheinbar unabhängig vom Alter des Individuums und der Schwere der nachfolgenden Erkrankung. Im Mittel ca. 300 gr, d. h. pro Tag 50 gr für Kinder im Alter von 1—4 Jahren betragend, kann sie eine Höhe von 700 gr erreichen und war in den beobachteten Fällen niemals geringer als 90 gr. Die Ursache der Erscheinung ist dunkel, wahrscheinlich aber auf eine frühzeitige, durch die einsetzende Infektion bedingte Ernährungsstörung zurückzuführen. Sie bietet an sich somit zwar für Masern nichts Charakteristisches dar, ist vielmehr ein der Incubationsphase aller infektiösen Krankheiten gemeinsames Symptom. Nur die Konstanz bei Masern, die Leichtigkeit des Nachweises machen die Gewichtsabnahme zu einem werthvollen Hilfsmittel, welches in Haus, Schule und Hospital Beachtung und Anwendung verdient, wenn es gilt, zur Ergreifung wirksamer prophylaktischer Massnahmen bei suspecten Kindern den drohenden Ausbruch von Masern festzustellen.

v. Boltenstern, Bremen.

Rhinitis gonorrhoica bei Kindern. Von De Stella. (Belg. med. Nr. 9. 1899. Klinisch-therapeutische Wochenschrift. No. 9. 1899).

Eine nicht so seltene Krankheit, wie angenommen wird, ist die Rhinitis gonorrhica bei Kindern. St. hat in den letzten Monaten auf der Klinik des Prof. Eemann 15 Fälle beobachtet. Die Aetiologie der Erkrankung ist eine sehr einfache. Entweder wird das Kind mit einer eitrigen Rhinitis geboren, wobei die Infektionen von der mütterlichen Vagina stattgefunden hat, oder die Rhinitis entsteht später durch Infektion von einer eitrigen Ophthalmie. In allen von St. beobachteten Fällen handelt es sich um Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres. In 9 von diesen Fällen konnte der Neisser'sche Gonococcus mit Sicher-

heit nachgewiesen werden. In den übrigen fehlte derselbe, doch ist zu bemerken, dass zahlreiche Eitercoccen vorhanden waren. Das klinische Bild ist ein typisches. Die Kinder halten den Mund offen, da die Nasenathmung vollständig unterbrochen ist. Sie greifen hastig nach der Brust, lassen aber dieselbe nach einigen Sekunden los, weil sie nicht athmen können. Aus demselben Grunde schlafen sie mit offenem Munde und schnarchen. In der Nasenhöhle finden sich Eitermassen, die beim Schreien oder Weinen des Kindes oft von selbst ausgestossen werden. Die Nasenschleimhaut ist roth, geschwellt, katarrhalisch. In den meisten Fällen konnte nachgewiesen werden, dass die Mutter schon während der Schwangerschaft an einer suspekten Vaginitis gelitten hat. Nicht selten ist gleichzeitig auch eine eitrige Ophthalmie vorhanden. Die Diagnose der gonorrhoischen Rhinitis ist natürlich mit Sicherheit nur durch den bakteriologischen Befund zu stellen. Bei der Untersuchung auf Gonococcen darf man nie vergessen, das Präparat nach Gram zu entfärben, um den Gonococcus von den verschiedenen, in der Nasenhöhle vorkommenden Diplococcen zu unterscheiden. Die Folgen der Nasengonorrhoe sind verschieden. Die Verstopfung der Nase verhindert die Kinder am Saugen und zwingt sie, durch den Mund zu athmen. Dadurch bekommen sie trockene, kalte, bakterienhaltige Luft in die Athmungswege, woraus sich Laryngitiden, Bronchitiden und Lungenaffektionen ergeben. Ferner setzt der Gonococcus die baktericid Wirkung des Nasenschleims herab, wodurch sekundäre Infektionen entstehen.

Die Prognose ist günstig, wenn die Krankheit rechtzeitig erkannt wird. Die Behandlung besteht nach Lermoyez in Ausspülungen der Nase mit gekochtem Wasser und Einblasen eines Pulvers, bestehend aus Arg. nitr. 0,20 und Talc. 10,0. De St. bepinselt täglich beide Nasenhöhlen mit einem in einer 2—3 proc. Protargollösung getränkten Pinsel und lässt dreimal täglich die Nase mit folgender Salbe bestreichen:

Rp. Acidi borici 1,50
Mentholi 0,15
Vaselini 15,0

Prophylaktisch würden sich dieselben Massregeln wie gegen die Ophthalmie empfehlen, und zwar sollte man in verdächtigen Fällen den Kindern in die Nase einige Tropfen einer Sublimatlösung 1 : 2000 oder einer Protargollösung 1 : 80 einträufeln. Dr. Goldbaum, Wien.

Experimentelle Untersuchungen über die Virulenz des Bacterium coli commune. Von Franc. Valagussa. A. d. hygien. Institute der Univ. Rom. Vorläufige Mittheilung. (Centralbl. f. Bakteriologie. Bd. XXIV. Heft 20).

Der Zweck der Arbeit war, durch Untersuchungen festzustellen, ob das Bacterium coli nach einem saprophytischen Leben in dem umgebenden Medium derartige Bedingungen findet, dass es in unseren Organismus in einem Stadium erhöhten Virulenz eindringen kann, oder ob diese Eigenschaft Beziehungen hat zu der verschiedenen Ernährungsweise, welche der Mensch nnd die Thiere unterworfen werden können.

Die Hauptergebnisse mögen hier Platz finden.

Vergleicht man ein Bct. coli mit festem Infektionsvermögen aus einer Katze mit dem Bact. coli aus dem Darm derselben Katze, nach-

dem diese einen Monat lang einer ganz bestimmten Diät unterworfen war, so bemerkt man:

a) dass die Milchdiät die Virulenz des Bact. coli bedeutend vermindert;

b) dass die Fleischdiät dieselbe ebenfalls vermindert, aber in geringerem Grade;

d) dass die Pflanzenkost die Virulenz erhöht.

Je besser das Allgemeinbefinden der Versuchsthiere ist, um so geringer ist die Virulenz des Bact. coli. Da nun das Allgemeinbefinden der auf Milch und Fleischkost gesetzten Katzen gut ist, so kann man annehmen, dass die Erhöhung der Virulenz des Bact. coli, welche während der Ernährung durch Pflanzenkost eintritt, zurückzuführen ist auf eine starke Reizung der Darmschleimhaut seitens der Hüllen der pflanzlichen Nährsubstanzen. (Sollte nicht vielmehr die bei Katzen unpassende Nahrung Schuld sein? Ref.)

Der Fäulnissprocess erhöht bei seinem Verlöschen die Virulenz des Bact. coli und diese Zunahme des Infectionsvermögens hält gleichen Schritt mit einigen morphologischen Eigenschaften.

Köppen, Norden.

Contribution à l'étiologie des angines ulcéro-membraneuses. Von H de Staeklin. (Centralbl. f. Bakteriologie etc. XXIV. No. 17. 1898)*)

Ein 6jähriger Knabe bekam ziemlich plötzlich Rachenschmerzen verbunden mit Appetitlosigkeit. Es fand sich auf einer Mandel ein dicker, weicher, grauweisser Belag auf zernagter Oberfläche. Die Diagnose lautete auf Diphtherie. Im weiteren Verlaufe breitete sich die Affektion unter denselben äusseren Erscheinungen auf die Gaumenbögen und die andere Mandel aus. Dabei war das Allgemeinbefinden des Kindes ungestört. Am zweiten Tage wurden wegen des lokalen Befundes zwei Injektionen mit Diphtherie-Heilserum gemacht, ausserdem Inhalationen mit Borwasser. Am dritten Tage stiessen sich die Membranen ab unter Hinterlassung tiefer Ulcerationen auf beiden Mandeln, welche ohne weiteren Eingriff heilten.

Verf. erhielt ein Membranstück zur Untersuchung. Er fand keine Loeffler'schen Bacillen, sondern einige wenige Streptococcen in Ketten von drei hier vier Gliedern. In jeden Präparat fanden sich lange und dünne Spirillen in grosser Zahl, welche drei bis vier Windungen aufwiesen. Ausserdem waren weniger zahlreiche Bacillen vorhanden, welche, länger als Diphtheriebacillen, in der Mitte verdickt, an den Enden deutlich zugespitzt, das Aeussere einer Spindel darboten. Mit Methylviolett gefärbt wiesen sie Vacuolen auf. Nach Gram färbten sie sich schlecht, während die Spirillen sich völlig entfärbten. Im hängenden Tropfen erschienen die spindelförmigen Bacillen ohne Eigenbewegung, während die Spirillen das Gesichtsfeld mit grosser Schnelligkeit durchmassen. Durch die Kultur konnte Verf. einen diphtherieähnlichen Bacillus, aber kürzeren und dickeren, nachweisen, welcher sich durchaus als avirulent ergab, sowie einige Steptococcen; es gelang ihm nicht, die spindelförmigen, noch die Spirillen zu kultiviren. Verf. wirft

*) Vgl. Ref. in dies. Zeitschr. IX. Jahrg. Heft 11, p. 253.

im Anschluss an diesen Fall und nach Besprechung der bisher veröffentlichten ähnlichen Befunde folgende Fragen auf:

1. Ist die Gegenwart der Spirillen und spindelförmigen Bacillen constant und pathognomonisch für die Angina ulcero-membranosa, oder kommen diese Mikroorganismen zusammen mit dem virulenten Diphtherie-Bacillus vor?

2. Wie oft in letzterem Fall? Wie beeinflussen die beiden Mikroorganismen die Hauptkrankheit und welche therapeutischen und besonders prognostischen Schlüsse kann man an ihrer Gegenwart ziehen?

Köppen, Norden.

Behandlung der tracheo-bronchialen Drüsenerkrankung. (Le Monde Médical, No. 7. 1899.)

In der Kindheit sind die Luftwege der Sitz der verschiedenartigsten Affektionen, welche fast immer eine Rückwirkung auf die Drüsen haben; sogar die Darmkrankheiten können in Folge der zwischen den mesenterialen und mediastinalen Drüsen bestehenden Verbindung, auf letztere einwirken. Die allgemeinen Infectionen finden in diesen Ganglien ein äusserst günstiges Feld. Die Symptome sind verschieden und ändern sich mit den comprimirten Organen. Husten und Dyspnoë nehmen den ersten Platz ein und sind hervorgerufen durch Kompression des Nervus recurrens und der Trachea. Die nervösen funktionellen Störungen geben sich kund durch einen dem Keuchhusten ähnlichen Husten, sowie durch Bitonalität der Stimme. Die Tachykardie und die Pupillenungleichheit entsprechen einer Kompression des Nervus sympathicus. Die anderen Anzeichen bestehen in einer Vermehrung der Dämpfung, vorne, in der Höhe des Mediastinums oder hinten, zwischen den beiden Schulterblättern. In der Höhe des 4. Dorsalwirbels kann man ein blasendes Geräusch antreffen, welches der Verengung einer Bronchie entspricht und mit einer Verminderung des Vesiculärathmens und der Brustkastenausdehnung zusammenfällt. Die paroxistischen, hie und da tödtlicheu Anfälle, welche im Verlaufe der tracheobronchialen Adenopathia auftreten, drücken dieser Krankheit einen ganz eigenthümlichen Charakter auf. Diese Störungen können unter dem Einflusse der geringsten Bewegung, einer einfachen Lageveränderung auftreten.

Bei einigen Individuen mit leicht empfindlichem Lymphsystem kann eine Infektion oder eine Intoxikation eine Fluxion dieser Drüsen hervorrufen, in Folge welcher sich bald Oedem um die Drüsen herum, sowie eine Verschlimmerung aller Kompressionssymtome einstellen. In manchen Fällen ist die Diagnose äusserst schwierig und kann mit interlobärer Pleuritis, Aortenaneurysma und Mediastinaltumoren verwechselt werden.

Kann man den Kehlkopfspiegel zur Anwendung bringen, so suche man zu erkennen, ob die Störungen der Phonation einer Lähmung der Stimmbänder zuzuschreiben sind. Ist dies der Fall, so ist es ein Grund zur Annahme der Drüsenerkrankung. Auch kann eine Drüsenerkrankung mit plötzlich auftretendem Kroup verwechselt werden, doch handelt es sich in diesem Falle mehr um ein Erlöschen der Stimme als um den keuchhustenartigen Tonus.

Verdauungsstörungen können ebenfalls Dyspnoë, Husten und Er-

stickungsanfälle hervorrufen, nur treten diese nach der Mahlzeit auf und verschwinden nach der Behandlung der Magenaffektion.

Aneurysma der Aorta und die interlobuläre Pleuritis haben einige spezielle Symptome, wodurch kein Irrthum möglich ist. Hat man die Diagnose gemacht, so muss man die Ursachen ergründen. Die Drüsen können bei Tuberculose infiziert werden, auch infectiöse Erkrankungen, besonders Blattern, Keuchhusten und Leukämie rufen Reaktionen der Mediastinaldrüsen hervor. Was die Therapie anbelangt, so muss man zur Balneotherapie seine Zuflucht nehmen und zwar wendet man diese auf folgende Weise an: Anfänglich gebraucht man ein laues Bad zu 35°, welchem man etwas Senfmehl zusetzt. Die Dauer des Bades soll 3 Minuten nicht übersteigen; nur wenn das Kind dasselbe gut verträgt, lässt man es 8—10 Minuten im Bade. Während des Badens mindert man nach und nach die Temperatur des Wassers bis auf 18°. Treten Erstickungsanfälle oder Ohnmacht während des Badens auf, so muss man das Kind so bald als möglich aus dem Bade nehmen, es energisch einreiben, ihm Getränke zuführen, sowie auch Coffein- und Aethereinspritzungen machen. Auch muss das Zimmer gut gelüftet werden und mit Wasserdampf geschwängert sein. — Tritt Cyanose auf, so lasse man Sauerstoff in grossen Mengen einathmen. Bei Erstickungsanfällen gebe man Aether zum Einathmen und Klystiere mit Chloralhydrat und Valeriana. Bei Dyspnoë gebe man Digitalis, Coffein. Gegen die Congestion gebe man Breiumschläge mit Senfmehl und trockene Schröpfköpfe, in dringenden Fällen kann man auch blutige Schröpfköpfe anwenden. In chronischen Fällen leisten Jodtinktur und Vesicatore gute Dienste. Gegen die Ursachen der Krankheit wendet man hauptsächlich Jodkali und Arsenik und zwar abwechselnd an. —

Bei den meisten Drüsenkrankheiten wendet man Meerluft an. Die Meerbäder sind warm zu nehmen, stellt sich Insomnia ein, so gebe man sie nur alle 2—3 Tage. — Können die Kinder keine Meerbäder gebrauchen, so macht man im Hause Salzbäder. Für ein Bad nehme man 3—5 Kilo Salz. Auch kann man das Salz innerlich geben in Dosen von einem halben bis zu einem ganzen Kaffeelöffel in ein wenig Milch. — Später, nach Ablauf der Exacerbationsanfälle, gebrauche man Landluft und lasse das Kind gut zugedeckt in einem wohlgelüfteten Zimmer bei offenem Fenster schlafen. Durch diese Methode wird man dazu gelangen, dass das Kind nach und nach vollkommen genesen wird.

Dr. Goldbaum, Wien

Ein Fall von infantilem Myxödem. Von Jaffe u. Sänger. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 501, 1898).

J. und S. stellten im ärztlichen Verein zu Hamburg einen Fall von infantilem Myxödem vor. Es handelt sich um einen 4jährigen Knaben, Zwilling, aus gesunder Familie und hereditär nicht belastet. Das Kind wog bei der Geburt 3450 g und macht zunächst einen normalen, kräftigen Eindrucks. Schon nach 6 Monaten blieb er hinter seinem Bruder in der Entwickelung zurück, lernte weder gehen noch sprechen und machte einen mürrischen, stupiden Eindruck. Die ersten Zähne kamen erst nach 12 Monaten, dann nach dreiviertel Jahren die folgenden. Auch später blieben alle Zähne klein und wenig entwickelt. Diätetische Kuren, ein Aufenthalt im Soolbad, anhaltender Gebrauch von Eisen und Phosphorleberthran brachten

keine Besserung. Festgestellt wurde Anfangs folgendes: kleines untersetztes Kind, 75 cm lang, von dunkler Hautfarbe. Mund gewöhnlich offen, wobei P. eine dicke Zunge herausstreckt, Lippen gewulstet und ebenfalls verdickt, Nase aufgestülpt und eingedrückt. Körpergewicht 12,5 kg (der Bruder wog schon 19 kg). Schädel rund, grosse Fontanelle offen. Gesichtsausdruck stupide, das Kind war sehr launisch, leicht mürrisch und schrie bei jeder Veranlassung. An den anscheinend kräftig entwickelten Extremitäten bestand hauptsächlich Infiltration des Unterhaut- und Fettgewebes, bei schwach entwickelter Muskulatur. Haut ödematös. Abdomen mit Nabelbruch, aufgetrieben. Schilddrüse nicht deutlich zu palpieren.

P. erhielt Schildrüsentabletten à 0,1 täglich. Nach kaum 3 Monaten ist das Kind kaum wieder zu erkennen. Es ist gewachsen und hat an Gewicht zugenommen. Die Extremitäten sind schlanker, der Bauchumfang geringer geworden. Auch der Charakter hat sich bedeutend gebessert. Schnell, Egeln.

Infectiöse Theorie des Rhachitis. Von Stefano Mircolli. (Presse méd. No. 8, 1899. Klinisch-therapeutische Wochenschrift No. 12, 1899.)

M. beobachtete im Jahre 1881 ein Kind, welches früher ganz gesund war, rasch rhachitisch wurde und einen starken Hydrocephalus bekam. Während des Verlaufes dieses Hydrocephalus verlor das Kind allmählich die Sprache, das Gehör und Gesicht, dabei hatte es Fieber und starb nach einigen Monaten. Bei der Sektion konnte in der Gehirn- und Rückenmarksubstanz Staphylococcus und Streptococcus pyogenes nachgewiesen werden. Angeregt durch diesen Fall, untersuchte M. mehrere Fälle von Rhachitis und konnte thatsächlich in fast allen Fällen in den Nervencentren und namentlich in den Knochen, insbesondere in der Marksubstanz und in den rhachitischen Herden der Rippen, seltener an den Enden des Radius und der Tibia dieselben Mikroorganismen nachweisen. Junge Kaninchen im Alter von 3—4 Wochen, denen 1—2 Tropfen einer Staphylococcencultur eingeimpft wurden, bekamen epiphysäre Osteomyelitiden. Bei Kaninchen, die 1 Monat alt waren, entstand ein Eiterungsprozess, welcher namentlich die Epiphysen und die Knorpel betraf. War das Thier erst 1 Woche alt, so entstand ein nicht eitriger Entzündungsprozess, welcher eine Atrophie des Knorpels und der Epiphyse erzeugte. Diese Thatsachen stimmen zum Theil auch mit den Ergebnissen der Untersuchungen von Kassowitz, nach welchem die Rhachitis als ein entzündlicher Prozess anzusehen ist. Ebenso sind die Veränderungen des Nervensystems entzündlicher Natur, und auch experimentell gelang es, durch Injektion von $^{2}/_{10}$ Tropfen einer Staphylococcenkultur in die Gehirnsubstanz eines 3—4 Tage alten Kaninchens an Stelle einer Eiterung ein seröses Exsudat zu erzeugen. Die Infektion eines Kindes kann entweder durch die Lymphgefässe oder durch die Haut (Furunkel), oder durch den Rachen, oder endlich vom Darmkanal aus geschehen. Die Infektion durch die Verdauungswege entsteht namentlich dadurch, dass das Kind mit seinem Munde die Milchgänge infiziert, die ihrerseits die Milch infizieren. Solange der Verdauungstrakt gesund ist, ist dies von geringer Wichtigkeit, sobald aber derselbe irgendwelche Laesion aufweist, dringt die Infektion ins Blut. Ist einmal eine allgemeine Infektion entstanden,

so lokalisiert sie sich an jenen Stellen, wo die biologische Thätigkeit des 1. Lebensjahres am lebhaftesten ist, das ist im Nerven- und Knochensystem. Zu Gunsten der infektiösen Theorie der Rhachitis spricht auch das Auftreten von Rhachitis-Epidemien, wie sie von Glisson studiert wurden, ferner die von Starck beschriebene Schwellung der Milz und der Mesenterialdrüsen im Verlaufe der Rhachitis.

Dr. Goldbaum, Wien.

Einfluss der Ernährung auf dem Beginn des Gehens. Von Chaumier (Klinisch-therapeutische Wochenschrift No. 11, 1899.)

Ch. hat interessante Untersuchungen über den Einfluss der Ernährung auf den Beginn des Gehens angestellt. Aus seinen Tabellen, zu welchen er 1220 Fälle verwerthet hat, geht hervor, dass im Alter von 10 Monaten kaum 5,6 % der künstlich genährten, hingegen 12,7 der Brustkinder gehen, während ferner im Alter von 11 Monaten 21 % der Brustkinder gehen, ist dies bei den künstlich genährten Kindern nur in 12,3 % der Fall. Im Alter von 1 Jahr gehen bereits ca. 40 % der Brustkinder und kaum 22 % der künstlich genährten Kinder, im Alter von 15 Monaten gehen noch nicht soviele künstlich genährte Kinder als Brustkinder im Alter von 13 Monaten. So lange der Vergleich fortgesetzt wird, immer beibt ein Vortheil zu Gunsten der Brustkinder, und selbst im Alter von 2 Jahren findet man noch 97,8 % gehende Brustkinder und nur 91,7 % künstlich genährte. Interessant ist noch die Zusammenstellung über die Zahl der Kinder, die jeden Monat zu gehen beginnen. Bei Brustkindern ist diese Zahl im 12. Monate am grössten (18,8 %). Dieselbe steigt vom 9. Monat an allmählich und fällt plötzlich vom 16. Monat an unter das Mass des 8. Monates (45 %). Bei den künstlich genährten Kindern findet man erst im 11. Monat die Ziffer, die bei den Brustkindern im 9. zu verzeichnen ist. Von Interesse ist die weitere Tabelle, aus welcher hervorgeht, dass mit 13 Monaten 48 % noch nicht gehen, während die künstlich genährten Kinder für diese Rubrik 69 % liefern. Mit 15 Monaten können 23 % Brustkinder gegenüber 47 %, von künstlich genährten Kindern noch nicht gehen. Diese Ziffern sprechen eine beredte Sprache gegen die künstliche Ernährung, sei sie selbst mit sterilisirter Milch, von den anderen das Leben gefährdenden Schäden der künstlichen Ernährung ganz abgesehen.

Dr. Goldbaum (Wien).

Behandlung der Nabelbrüche bei Kindern. Von Proelss (Deutsche Medizinal-Zeitung 1899 No. 1).

Für die Behandlung der Nabelbrüche bei Kindern im ersten Lebensjahre durch geeignete Verbände eignen sich besonders zwei verschiedene Methoden: die eine mit abnehmbaren Bandagen, die andere mit festhaftenden Pflastern. Die erste Methode hat unzweifelhafte Vortheile: einmal wird die empfindliche Körperhaut der Kinder nicht gereizt, wie dies bei dem Pflasterverband örtlich der Fall ist, sodann kann das Kind gebadet werden, da die Bandage leicht abzunehmen und wieder umzulegen ist. Ebenso unzweifelhaft sind aber auch ihre Nachteile: wenn nicht jedesmal ein Arzt oder eine sachverständige Person die Verbände anlegt und kontrollirt, so werden sie oft so liegen, dass sie ihren Zweck nicht erfüllen, oft auch verschieben sie sich durch Bewegungen des Kindes,

und die nicht immer und dauernd komprimirte Bruchpforte lässt Darmschlingen heraustreten; die Heilung wird verhindert oder verzögert.

Der Pflasterverband, die zweite Methode, hat ebenfalls seine Vor- und Nachtheile. Vorteilhaft ist vor allem der feste Sitz, der nicht controllirt zu werden braucht, nachtheilig, dass er nur einige Tage hält und dann von sachverständigen Händen erneuert werden muss, dass das Pflaster die Haut örtlich reizt, und dass das Kind nicht gebadet werden kann. Nun ist es aber gelungen, diese drei Nachtheile des Heftpflasterverbandes zu beseitigen und damit diese Verbandmethode zu der empfehlenswertesten zu gestalten. Die Haltbarkeit des Verbandes wird dadurch verlängert, dass man einen genügend breiten Heftpflasterstreifen in doppelter Tour an den Bauch legt. Das Uebel der Hautreizung wird durch eine neue Technik der Pflasterherstellung beseitigt. Die weissen zinkoxydhaltigen Pflasterkompositionen, wie sie der Firma Beiersdorff & Co. schon längere Zeit herstellt, reizcn die Haut nicht und heften etwas ebenso fest wie die reinen Kautschukpflaster, vorausgesetzt, dass die Haut vor Anlegung des Pflasters durch sauberes Waschen möglichst keimfrei gemacht und danach vollständig getrocknet wird. Bei Beobachtung dieser Regel hält ein solcher Verband durchschnittlich drei Wochen, auch wenn das Kind mit derselben kurzen Zeit gebadet wird.

Klautsch-Halle a. S.

Ein Versuch der Behandlung des Plattfusses mit Heftpflasterverbänden. Von Drenkhahn. (Zeitschrift für orthopädischie Chirurgie, VI. Band.)

Angeregt dureh Hoffa's Empfehlung des Gibney'schen Heftpflasterverbandes zur Behandlung der Fussgelenksdistorsionen kam D. auf den Gedanken, einen ähnlichen Verband beim Plattfuss zu versuchen. Es bot sich alsbald ein besonders ausgeprägter Fall. Patient war ein 15 jähriger Schlächterlehrling mit ausgebildetem paralytischem Plattfuss rechts, hochgradigem Plattfuss links. Die für entzündlichen Plattfuss charakteristische Tarsalgie war so qnälend, dass Patient zeitweise das Bett hüten musste.

Der Verband wurde folgendermassen angelegt: Es wurden an dem rechtwinklig gebeugten, leicht supinirten Fusse je drei sich zur Hälfte deckende 2,5 cm breite Heftpflasterstreifen angelegt, die am Fussrücken über den Fusswurzelknochen beginnend nach aussen, dann quer über die Fusssohle leicht proximal verliefen, dann oberhalb der Fussbeuge nach der Aussenseite und schliesslich nach der Innenseite der Wade spiralig aufstiegen. Diese Touren verfolgten und erreichten den Zweck, die Mitte des inneren Fussrandes nach oben und aussen zu ziehen. Die Wirkung war zunächst fast momentan schmerzstillend, erwies sich aber in der Folge auch als heilend oder wenigstens bessernd. Ersichtlich muss der Verband beim Abhebeln des Fusses vom Boden infolge der dabei intendirten Streckung des Fusses den innern Fussrand nach oben und aussen ziehen, so dass allmählich eine Redression des Fusses eintritt. In dem mitgetheilten Falle war diese nach 5 Monaten so weit vorgeschritten, dass man bequem das Nagelglied des Zeigefingers unter die Innenseite des Fussgewölbes schieben konnte. Patient war, wie hervorgehoben werden muss, den ganzen Tag mit Austragen von Fleisch beschäftigt.

Zur Unterstützung des Verbandes wurde eine Plattfusseinlage getragen. Auch die gebräuchliche Massage wurde ausgeführt und zwar ohne den Verband zu entfernen, nachdem über denselben ein Trikotstrumpf gezogen war. Friedmann-Beuthen.

Urotropin in der Kinderpraxis. Von Heubner (Die Therapie der Gegenwart 1899 No. 2).

Dass leichte und auch schwere Erkrankungen infektiöser Natur die Harnblase des Kindes nicht so selten befallen, ist eine Wahrnehmung, die uns immer geläufiger zu werden anfängt. Unter diesen Cystitiden, die sich auch zu Cystopyelitis auswachsen können, begegnen wir sehr langwierigen und hartnäckigen Formen, die den bisher meist empfohlenen und geübten Behandlungsmethoden, einschliesslich der Blasenspülung, sich oft monatelang unzugänglich erweisen. Verf. hat in einer Reihe derartiger Erkrankungen im Laufe der letzten Jahre das von Nicolaier 1895 empfohlene Urotropin zur Anwendung gebracht und giebt für die Nachprüfung folgende Fingerzeige.

Erstlich sind nur solche Fälle der Urotropinbehandlung zu unterziehen, wo die alkalische oder neutrale Reaktion des frisch gelassenen Urins ein frühzeitiges Einsetzen der ammoniakalischen Harngährung voraussetzen lässt. Zweitens ist die Darreichung des Mittels nicht zu früh nach Eintritt der Besserung abzubrechen. Am besten ist es, das Urotropin zunächst — wenn überhaupt eine Besserung ersichtlich — etwa 3 Wochen lang ohne Unterbrechung nehmen zu lassen. Tritt dann nach Aussetzen der Medikation wieder eine Trübung etc. des Urins ein, so beginnt man von neuem und setzt die Darreichung etwa die doppelte Zeit fort, um dann von neuem eine Probe darauf zu machen, ob die gute Wendung anhält. Dann event. nochmalige Darreichung, noch länger u. s. f. Je älter die Erkrankung ist, auf eine um so längere Kur muss man sich gefasst machen.

Einen nachtheiligen Einfluss des länger fortgesetzten Gebrauchs auf Verdauung oder Nervensystem hat Verf. bei seinen Fällen nicht beobachtet; er gab das Urotropin immer in verteilten Dosen 3 bis 4 mal täglich 0,25 bis 0,4 gr. Klautsch-Halle.

Gesundheitspflege.

— Entstehung und Verhütung nervöser Zustände bei Schülern höherer Lehranstalten. Von C. Schmid-Monnard. (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1899, No. 1.)

Es steht statistisch fest, dass es auf allen unserenSchulen eine beträchtliche Zahl nervöser Kinder giebt. Ihre Zahl steigt mit den Schuljahren, und zwar besonders auffallend in den höheren Schulen; in einzelnen derselben weist mehr als die Hälfte der Schüler nervöse Zustände auf.

Gleich beim Eintritt in die Schule zeigt sich deutlich eine Hemmung der Körperentwicklung und also auch des Nervensystems, am deutlichsten bei körperlich wenig kräftigen Kindern, die trotz Vollendung des 6. Lebensjahres zum Schulbesuch noch zu schwach sind.

Kinder, die aus irgend welchem Grunde erst siebenjährig in die Schule eintreten, sind den anderen an Körpergewicht und Körperlänge durchschnittlich beträchtlich überlegen.

Weiterhin zeigt die Pubertätszeit eine erhöhte Reizbarkeit und Schwäche äusseren Einflüssen gegenüber.

Rekonvaleszenten werden leicht nervös, da sie, obgleich durch die Krankeit zurückgekommen, häufig angespornt werden, das Versäumte nachzuholen.

Ein grosser Theil der nervösen Kinder wird es durch Vererbung oder schlechte Erziehung (übertriebens Musikstudium, Theilnahme an Gesellschaften, Genuss von Wein, Bier, Tabak, geschlechtliche Excesse). — Trotz aller gegenteiligen Behauptungen werden die angestrebten Verbesserungen im Schulbetriebe meist nicht durchgeführt und es bestehen die schädigenden Einflüsse weiter. Zu dieser gehört erstlich das übergrosse Arbeitspensum, das Vielerlei der Lehrfächer; zweitens die zu lange obligatorische Arbeitszeit in Schule und Haus, die in einzelnen Orten bis 12 Stunden beträgt; nnd schliesslich die vielfach unzweckmässige Einteilung des Arbeitsplanes, die häufig auch die Nachmittage mit anstrengenden Schulstunden belegt. Die Schuld liegt im Wesentlichen an den Behörden, in denen Juristen und Altphilologen, aber keine Hygieniker sitzen.

Welches ist nun die zulässige Grösse der Arbeitslast? Ihre Bestimmung muss fussen auf den Untersuchungen von Griesbach, der die Ermüdung beim Unterricht durch Messung von Empfindungskreisen bestimmte, d. h. derjenigen maximalen Entferung, in der zwei Zirkelspitzen von der Haut noch als eine empfunden werden. Bei sich steigernder Ermüdung vergrössert sich dieser Abstand. Griessbach kam zu dem Schlusse: „Andauernde Erregung des Gehirns durch geistige Anstrengung hat ein Sinken der Nervenenergie zur Folge, die an einer Abnahme der Hautnerven zu konstatiren ist"; und weiter: „Kein Mensch kann ohne Gefahr für seine Gesundheit in der geforderten Weise Arbeit leisten." Weiterhin zeigte sich, dass bei fast allen Schülern ein Rückgang zu den Werthen des Morgens, d. h. eine völlige Erholung, selbst nach dreistündiger Mittagspause nicht eingetreten war. Als ganz besonders den Schädigungen des Unterrichts ausgesetzt zeigte sich die grosse Masse der fleissigen, aber nicht hervorragend begabten Schüler.

Weitere Untersuchungen nach Griesbach's Methode sind nothwendig. Das aber kann heute schon gesagt werden, dass die zeitliche Inanspruchnahme mehrfach eine zu bedeutende ist und die Kränklichkeit der Schuljugend verschuldet. Nach Virchow und Westphal (1884) ist das maximum der Arbeitszeit für die höheren Klassen mit 8 Stunden täglich oder 48 Stunden wöchentlich zu bemessen. Der Nachmittagsunterricht ist aufzuzuheben. Die Ausdehnung der Tagesarbeit bis in den späten Abend beeinträchtigt nicht nur die Schlafdauer, sondern auch die Schlaftiefe, und somit ganz direkt die körperliche Rüstigkeit.

S. fasst sich dahin zusammen: Beim Eintritt in die Schule ist jedes Kind ärztlich zu untersuchen, die als schwach Befundenen sind zurückzustellen. In den ersten Schuljahren und zur Pubertätszeit ist besondere Schonung nothwendig. Der Nachmittag ist lediglich für gymnastische Uebungen zu verwenden. Minderwerthige Schüler müssen nach

den ersten Schuljahren in besonderen Klassen untergebracht werden. Der Unterrichtsstoff ist einzuschränken. Belehrung des Publikums über Schulhygiene, Polizeimassregeln gegen Verführung sind anzustreben.

Friedmann-Beuthen.

Rezensionen.

Allgemeine Verhaltungsmassregeln bei den einzelnen Krankheiten der Kinder. Die hyg.-diätet. Verordnungen der Heidelberger Kinderklinik (Dir. Prof. Dr. Vierordt) zum Gebrauch für Aerzte zusammengestellt von Dr. med. L. Römheld, vorm. I. Assistent. Heidelberg, O. Petters, 1898. Preis 75 Pf.

Das Büchelchen enthält 51 Verordnungen, von denen No. 3—25 specieller, die übrigen Nummern allgemeiner Natur sind. Man kann über den Werth derartiger Verordnungen zweierlei Meinung sein, da die Erfahrung lehrt, dass aufgeweckte und willige Mütter die mündlichnn Anordnungen und Weisungen des Arztes verstehen, behalten und befolgen und dass man bei diesen ohne schriftliche Mittheilung auskommt; ob dummen und gleichgültigen Müttern durch solche Anweisungen geholfen werden kann, ist zweifelhaft. Dass dem Arzte eine grosse Erleichterung gewährt wird, erscheint auch wohl fraglich, da er doch in allen Fällen zunächst die Anweisungen mündlich zu ertheilen hat und bei wiederholten Consultationen durch ein paar Worte entweder die Beibehaltung oder nöthige Aenderung der bisherigen Massnahmen bekannt geben kann. Ausserdem kann der Arzt bei dem mündlichen Verfahren seine Verordnungen den Verhältnissen leichter anpassen, er muss sich in vielen Fällen auf das Nothwendigste beschränken, damit wenigstens dieses Aussicht hat, vollführt zu werden. Ich erinnere hier an die Forderung von Temperatur Messungen, von grossen Krankenzimmern mit reiner staubfreier Luft, vom Wechsel des täglichen Aufenthaltszimmers und dem Schlafzimmer und dergleichen. Auch scheint dem Referenten in der Krankenwartung des guten hin und wider zu viel zu geschehen, z. B. bei Masern in wiederholtem Auswaschen der Augen, häufigem Ausspülen des Mundes mit einer Ballonspritze. Dagegen könnten die Diätvorschriften mannigfaltiger und eingehender sein: Flüssige und leichtverdauliche Nahrung (Milch, Milchsuppen, Bouillon, Eier) ist leicht geschrieben und gesagt, viel schwerer aber manchmal diese dem Kinde beizubringen. Hier muss der Arzt es verstehen, durch ganz genaue Angaben den Speisezettel des Kleinen durch stete Neuerung in der Zubereitung möglichst abwechselnd zu gestalten. Diese Bemerkungen beziehen sich, wie ersichtlich, auf die Verordnungen bei den speciellen Krankheiten; diejenigen welche sich auf allgemeine Krankenwartung beziehen, wie die verschiedenen Bäder, Zubereitung besonderer Speisen u. dergl. können jedem Arzte willkommen sein. Die einzelnen Verhaltungsmassregeln und Anweisungen sind in Heften von je 10 Stück zum Preise von 10 Pfg. für das Heft durch jede Buchhandlung zu beziehen. Welcher Arzt also glaubt, von denselben Gebrauch machen zu können, und sei es auch nur in einigen Fällen, möge sich die „Allgemeinen Verhaltungsmassregeln“ anzuschaffen nicht scheuen. Köppen-Norden.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Die Behandlung der Chorea. Von Moncorvo. Verf. giebt bei der Behandlung der Chorea den neueren Mitteln, wie Antipyrin, Exalgin, Asaprol und Analgen den Vorzug. Namentlich hat ihm das letztere Mittel vortreffliche Resultate ergeben, wenn es in Dosen von 2—8 gr innerhalb von 24 Stunden gegeben wurde. Auch äusserst chronische Fälle heilten zwischen 18 und 50 Tagen. (Pediatr. 98.)

Dr. Klautsch, Halle a. S.

— Einige Ursachen der Endocarditis bei Kindern. Von d'Astros. Ausser dem acuten Gelenkrheumatismus, der weit häufigsten Ursache der Endcarditis, können sowohl bei Erwachsenen wie bei Kindern zahlreiche andere Infektionskrankheiten diese Complication verursachen, und berichtete Verf. über drei Fälle, in denen je ein Erysipel, Influenza und Staphylococceninfektion secundär nach geheilter Diphtherie, eine im letzteren Falle tötlich verlaufene Endocarditis bewirkten. Bei den beiden ersten Fällen, 7- resp. 6 jährigen Kindern, blieben ausgeprägte Zeichen von Mitralinsufficienz bestehen. (Rev. mens. des mal. de l'enf 98.)

Dr. Klautsch, Halle a. S.

— Fischl beschreibt einen Fall, wo bei einem 6 Tage alten gesunden Kinde, die Hebamme ein Klysma mit einer Kautschukbirne, deren Stiel einen kurzen Ansatz aus weichen Gummi trug, verabreichte, danach Intussusception im Bereiche des Endstückes des Dickdarmes eintrat und der Tod am siebenten Krankheitstage unter den Erscheinungen des Perforationsperitonitis erfolgte. F. warnt daher eindringlich vor dem genannten, in der Kinderstube so beliebten Instrument und empfiehlt, es durch einen Irrigator mit Schlauch, Hahn und Nelatonkatheter zu ersetzen. (Therap. Monatsh. 98.). Schnell, Egeln.

— Ueber Mastdarmtemperatur beim Kinde. Von Hamburger. Die bisherigen ungenauen und nicht übereinstimmenden Angaben über die Mastdarmtemperatur gehen aus der ungenügenden Art der Anwendung des Thermometers hervor. Je nachdem das Thermometer 5—6 oder 10—12 cm tief in den After eingeführt wurde, fanden sich Unterschiede, die sich zwischen 0,1—0,7 bewegten, allerdings war nur in 16 % der Unterschied erheblicher (0,4—0,7). Eine constante Temperatur aber kann nur erst dann gemessen werden, wenn man das Thermometer 10 cm tief — von der Analöffnung aus gemessen — in das Rectum einführt. Bei dieser tiefen Methode der Aftermessung wird eie höchste Temperatur in 2 Minuten sicher erreicht. Die Methode ist bei guter Fixirung der Kinder und Einführung der eingeölten Kugel unter gleichmässigem aber vorsichtigem Druck (wobei die Haltung sondenförmig erfolgt), fast immer anwendbar und durchaus ungefährlich. Ob alle Individuen die gleiche Wärmeeinstellung haben, ist nicht sicher; unter Benutzung der eben erwähnten Methode fand sich bei Kindern eine Normaltemperatur zwischen 37 und 38°, vielleicht kann sie ausnahmsweise auch einige Zehntel nach unten und selbst $^2/_{10}$ nach oben

abweichen. Bei Messungen in der Achselhöhle ist zu der gefundenen Temperatur zur Ermittelung des wirklichen Werthes der Eigenwärme mindestens 0,5—0,8 zu addiren. (Arch. f. Kinderhlkd. 98).

Dr. Klautsch, Halle a. S.

Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.
Cocain. 0,1
Tct. crocat. 0,5
Syr. simpl. 10,0
MDS. zum Einpinseln.

Gingivitis.

(Muskett.)

Rp.
Acid. carbol. pur.
Tct. Jod. aa. 2,0
Alcohol 5,0
Ol. Terebinth. 15,0
Glycerin 50,0
MDS. 3—4 stdl. aufzupinseln und mit aseptischer Gaze zu bedecken.

Erysipel. fac.

(Practitioner.)

Rp.
Tumenol 5,0
Aeth.
Spirit.
Aq. (oder Glycerin) aa. 15,0
MDS. zum Aufpinseln.

Eczema sicc.

(Roth-Schmidt, „Arzneimittel d. heutigen Medicin,“ 8. Aufl.)

Rp.
Decoct. Salep. 100,0
Bismuth. salicyl. 3,0
Plumb. acet. 0,03
Tct. thebaic. gtt. X.
MDS. wohl umgeschüttelt 2 stdl. 1 Theel.

Dysenterie.

(ausserdem Calomel u. Klystiere mit Acid. tannic.)

(Blindreich.)

Rp.
Pyrogallol. oxydat 3,0
Vaselin.
Adip. lan. aa. 22,5
Mf. ungt. DS. 2 mal tägl. einzureiben.

Psoriasis.

(Roth-Schmidt.)

Rp.
Zinc. oxydat. 10,0
Gelatin.
Glycerin.
Aq. destillat. aa. 30,0
MDS. Zinkleim; im Wasserbad verflüssigt aufzustreichen.

Eczema.

(Roth-Schmidt.)

Kleine Mittheilungen.

Die 24. Versammlung des „Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege“ findet vom 13.—16. Sept. d. J. in Nürnberg statt. Folgende Themata kommen zur Verhandlung: 1. Die hygienische Beurtheilung der verschiedenen Arten künstlicher Beleuchtung mit besonderer Berücksichtigung der Lichtvertheilung. Ref. Prof. Erisman (Zürich). 2. Das Bedürfniss grösserer Sauberkeit im Kleinvertrieb von Nahrungsmitteln. Ref. Prof. Heim (Erlangen). 3. Bedeutung und Aufgaben des Schularztes. Ref. Prof. Schiller (Giessen) und Dr. Schubert (Nürnberg). 4. Massregeln gegen die Rauchbelästigung in den Städten. Ref. Prof. v. Bach (Stuttgart).

Druckfehlerberichtigung.

Auf einen sinnstörenden Druckfehler des Aufsatzes von Zahnarzt W. Wille-Worms ist hinzuweisen. Auf Seite 53, Zeile 7 von oben, Heft 3 muss es heissen: **bleibenden** (statt: ausbleibenden).

Druck von Hermann Schmidt, Leipzig-Schönefeld.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 3886) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

X. Jahrg. **Juni 1899.** **Heft 6.**

XVII. Congress für innere Medicin zu Karlsbad (11.—14. April 1899).

Originalbericht von Dr. F. Schmey. Beuthen, O.-S.

Der siebzehnte Kongress für innere Medizin wurde durch eine geistvolle und formvollendete Rede des Vorsitzenden, Prof. Quincke (Kiel) eröffnet. Als für die Kinderheilkunde von Interesse hebe ich aus dieser Rede die eine Bemerkung hervor, dass es endlich gelungen sei, aus all den theoretischen Bestrebungen der Bakteriologie in Gestalt der Heilserumtherapie das Gold therapeutischer Erfolge zu münzen. Auch der Vorsitzende des vorjährigen Kongresses, Prof. Moritz Schmidt, Frankfurt a. Main, hat in seiner Eröffnungsrede Gelegenheit genommen, sich als unbedingten Anhänger der Serum-Therapie bei Diphterie zu bekennen. Es scheint also, dass die innere Medicin den Heilwerth des Serums voll und ganz anerkennt. So weit sind wir leider noch nicht. Unwiederlegt und zur Zeit unwiderleglich ist noch der Einwand von Kassowitz und seiner Schule, dass wir uns seit einigen Jahren auf einem jäh abfallenden Schenkel der Kurve der Diphtheriemorbidität — und Virulenz befinden. Solche periodische Schwankungen kommen bekanntlich auch bei anderen Infektionskrankheiten vor; so hat z. B. in neuester Zeit Kohlbrugge, der in Tosari auf Java ärztliche Praxis ausübt auf ähnliche periodische Schwankungen im Verlaufe der Beri-beri aufmerksam gemacht und die Schwankungen bei dieser Krankheit direkt mit denen bei der Diphterie verglichen. Den Einwand von Kassowitz werden daher erst Jahrzehnte

lange Beobachtungen widerlegen können. Bis dahin werden wir meines Erachtens mit einem definitiven Urtheile noch zurückhalten müssen.

Auf die Eröffnungsrede von Quincke folgten die Begrüssungsreden des Statthalters von Böhmen, Grafen Coudenhove, der Vertreter der Ministerien des Kultus, des Innern und des Krieges. Darauf sprachen Prof. Wölfler als Dekan der deutschen Karl-Ferdinands-Universität zu Prag, der sechsundneunzigjährige Hofrath Dr. Gallus, Ritter von Hochberger als Senior der Karlsbader Aerzte und schliesslich der Bürgermeisters von Karlsbad. Die Begrüssungsreden der officiellen Vertreter trugen sämmtlich den Charakter grosser Herzlichkeit und Hochachtung vor ärztlichem Streben und Forschen. Namentlich der Herr Statthalter von Böhmen wies auf die grossen Erfolge hin, welche die Aerzte in der Bekämpfung der Infektionskrankheiten bisher schon errungen hätten. An einer einzigen Infektionskrankheit, an Diphtherie, starben im Jahre 1888 in Oesterreich mehr Menschen als im letzten Jahre an allen Infektionskrankheiten zusammengenommen.

Es folgten die Referate über das erste Thema: Ueber die Insufficienz des Herzmuskels. Der erste Referent v. Schrötter, Wien, führte aus, dass ebenso wie alle anderen Organe des Menschen auch das Herz so beschaffen sei, dass es weit grösseren Ansprüchen genügen könnte, als in der Norm an dasselbe gestellt werden. Nach einer ursprünglich von Bamberger gegebenen Definition versteht man unter Insufficienz des Herzmuskels seine ungenügende Leistungsfähigkeit gegenüber normalen oder abnormen, sei es durch innere oder äussere Momente gesteigerten Ansprüchen. Was nun die Ursache dieser Insufficienz betrifft, so hebt v. Sch. in erster Reihe hervor, dass es nach seiner Ansicht eine angeborene Schwäche des Herzmuskels gäbe, die entweder etne individuelle oder familiäre Eigenthümlichkeit ist. Auf dieser angeborenen Schwäche des Herzmuskels beruhen offenbar viele Fälle von idiopathischer Herzhypertrophie, die sonst unerklärlich sind. Zweitens kann die Insufficienz des Herzmuskels bedingt werden durch nervöse Momente, indem es nach Ansicht des Referenten zweifellos sogar einen Tod an gebrochenem Herzen giebt, der rein durch nervöse Störungen, Gram, Kummer u. s. w. bewirkt wird. Sehr häufig wird die Insufficienz des Herzmuskels durch Erkrankungen des Herzmuskels allein bewirkt, sei es, dass sie vom Endocard oder Pericard fortgeleitet sind, oder sei es, dass es sich um eine primäre akute Myocarditis handelt, wie sie als Begleiterscheinung der meisten Infektionskrankheiten z. B. Diphtherie, Pocken, Scharlach auftritt. Diese Myocartitis ist entweder eine parenchymatöse oder eine interstitielle. Erkrankungen des Herzmuskels können auch bewirkt werden durch Veränderungen an den Koronararterien. Weiter wird Insufficienz des Herzmuskels hervorgerufen durch Traumen z. B. stärkere Erschütterungen und Quetschungen des Thorax. Die Insufficienz des Herzmuskels wird fünftens und zwar in einer sehr grossen Zahl von Fällen hervorgerufen durch Ueberanstrengung, d. h. wenn es dem Herzen selbst mit Heranziehung aller seiner Reservekräfte selbst bei stärkster Hypertrophie nicht mehr gelingt, den gesteigerten Anprüchen zu genügen. Diese Steigerung der Ansprüche kann bewirkt werden durch innere Momente, z. B. Herzfehler, Schrumpfniere oder aber durch äussere vom Willen abhängende Momente, z. B. alle sportlichen Uebungen. Für die sportlichen Uebungen hat Schr. nach dem Grade

ihrer Gefährlichkeit für den Herzmuskel eine Skala aufgestellt, die mit Bergsteigen und Radfahren beginnt und mit Wettgehen und Reiten endet. Reufent warnt eindringlich vor der häufig unvernünftigen Art der Sportübungen, die nicht selten „wahrhaftig nur mit den Muskeln ohne allen Verstand getrieben werden". Die Gefahr der Sportübungen für das Hez wird dadurch wesentlich erhöht, dass dem Herzmuskel im Gegensatz zu den Skelettmuskeln jedes Müdigkeitsgefühl fehlt, und dass plötzlich ohne jedes warnendes Vorzeichen alarmirende Erscheinungen von Herzschwäche auftreten, die leider häufig irreparabel sind. Ein Herz, das häufig erhöhte Widerstände zu überwinden hat und diese erhöhten Anforderungen durch eine Hypertrophie seiner Muskulatur kompensirt, erlahmt schliesslich doch auch und zwar häufig ganz plötzlich und ohne dass man den Grund dieses plötzlichen Versagens in einer direkten organischen Veränderung finden könnte; das Herz ist dann eben erschöpft.

Der Korreferent Prof. Martius (Rostock) beleuchtete das Thema mehr von der anatomischen und klinischen Seite. Zur Diagnose der Insufficienz des Herzmuskels verwendet Martius namentlich ein Symptom, das er den Gegensatz zwischen Herzstoss und Puls nennt. Wenn nämlich bei einer physikalisch nachweisbaren Vergrösserung der Herzdämpfung und Verstärkung des Herzstosses gleichzeitig der Puls kräftig ist, so ist anzunehmen, dass eine kompensatorische heilsame Herzhypertrophie vorhanden ist. Wenn aber bei physikalisch nachweisbarer Vergrösserung der Herzdämpfung und Verstärkung des Herzstosses im Gegensatz dazu der Puls klein und leicht unterdrückbar ist, so ist anzunehmen, dass es sich um eine Insufficienz des Herzmuskels, um Herzschwäche handelt, dass die Vergrösserung der Herzdämpfung im Wesentlichen nicht durch Hypertrophie des Herzmuskels, sondern durch Ueberdehnung des insufficienten Herzmuskels, durch Höhlenerweiterung, durch Dilatatation bedingt ist. Dieses Symptom des Gegensatzes ist also von der allergrössten prognostischen Bedeutung. Diese Insufficienz des Herzmuskels wird hervorgerufen durch körperliche Ueberanstrengungen, durch ungenügende Ernährung des Herzmuskels bei anämischen und chlorotischen Personen, besonders Dienstmädchen, sowie bei skrophulösen Kindern, ferner durch Intoxikationen, namentlich durch Alkohol. Für die Prädatrie von grösstem Interesse waren namentlich die Ausführungen des Referenten über die primäre dilatative Herzschwäche der Kinder, welche sich namentlich auf dem Boden der Anämie und Skrophulose entwickelt. Den Anstoss zur Entwickelung dieser Schwäche geben meistens die Anstrengungen des ersten Schulbesuches. Die Kinder klagen dann leicht über Ermüdung, Schwindelgefühle und Athemnoth. Referent unterscheidet zwei Grade dieser dilatativen Schwäche bei Kindern. Beim ersten Grade überschreitet der Herzstoss die Mammillarlinie eben nach aussen und ist dabei hebend, also verstärkt. Der Puls ist dabei recht klein. Auffällig ist dabei die grosse Labilität der Pulsfrequenz. Veranlasst man die Kinder nur zu einer geringen körperlichen Anstrengung, so schnellt die Pulsfrequenz gleich sehr in die Höhe. Beim zweiten Grade dieser dilatativen Herzschwäche reicht der Herzstoss bis zur vorderen Axillarlinie. Diese dilatative Herzschwäche kommt bei Kindern, namentlich solchen, die durch vorangegangene schwere akute Infektionskrankheiten geschwächt oder anämisch oder skrophulös sind recht häufig

vor. Therapeutisch ist es nötig, die Kinder sofort aus der Schule zu entfernen und ihnen absolute Ruhe und sehr gute Pflege zu verschaffen. Sehr empfehlenswert scheint der Aufenthalt in einem Seebade zu sein.

An diese beiden Referate, welche die erste Sitzung ausfüllten, schloss sich die gemeinsame Besichtigung des vorzüglich eingerichteten, mit einem Kostenaufwande von mehr als einer Million Gulden erbauten, Anfang 1895 eröffneten Kaiserbades. Besonders erwähnenswerth ist darin der medico-mechanische Saal, der mit 57 aktiven und passiven, theilweise durch elektrischen Antrieb bethätigten Apparaten Zander'schen Systems ausgestattet ist. Ich hebe ferner noch hervor, dass im Kaiserbade sämmtliche Korridore und Badezimmer genau bis zur selben Temperatur erwärmt sind, sodass für die Badenden jede Erkältungsmöglichkeit fortfällt. Bei der Bereitung der Moorbäder wird im Kaiserbade das Moor durch maschinelle Hilfsmittel und nicht wie anderswo durch Menschenhand zerkleinert, sodass eine gleichmässige Beschaffenheit des Moorbreies gesichert ist.

Die zweite Sitzung wurde eröffnet durch einen Vortrag des Bezirksearztes Dr. Pelc (Prag) über die Verbreitung des Flecktyphus in Böhmen in den letzten Jahren. Die letzte Flecktyphusepidemieherrschte in Böhmen im Jahre 1882. Seitdem sind in Prag alljährlich neue Fälle beobachtet worden. So ist von einer Familie, die umherzog, der Flecktyphus überall dort verbreitet worden, wo sie sich zur Nachtherberge niederliess; alle Epidemieortschaften liegen an einer Verkehrsstrasse. Redner hob noch hervor, dass die Infektion bei Kindern einen besonders leichten Verlauf nahm; nach 8—10tägiger Krankheit, kaum dass das Exanthem verblasst war, waren die Kinder wieder so munter, dass sie nur mit Mühe im Bett zurückgehalten werden konnten. —

Es folgt hierauf der Vortrag von Prof. M. Schmidt (Frankfurt a. M.) über Frühdiagnose und Behandlung der Aortenaneurysmen. Die Frühdiagnose der Aortenaneurysmen hat einen wesentlichen Fortschritt gemacht durch das von Olliver und später von Cardarelli angegebene Symptom des Tugging. Wenn man sich hinter den Patienten stellt und nach Ollivers Vorschrift den Kehlkopf von hinten her etwas in die Höhe hebt, so verspürt man bei Vorhandensein eines Aortenaneurysmas ein leichtes pulsatorisches Zucken. Therapeutisch kommen vor allen Dingen in Betracht die Darreichung von Jodkali und die Tufnell'sche Entziehungskur. Was die Aetiologie der Aneurismen betrifft, so scheint die Syphilis dabei eine wichtige Rolle zu spielen, wenigstens nach den statistischen Zusammenstellungen. Einzelne Autoren geben an, dass bis zu 80 % per an Aneurysmen leidenden Patienten syphilitisch inficirt gewesen seien. In der Diskussion erklärt Hansemann (Berlin), dass er persönlich von der ätiologischen Bedeutung der Lues für die Aneurysmen überzeugt sei, dass sich dieselbe aber noch nicht mit Sicherheit nachweisen lasse. Insbesondere bestritt er den Werth der statistischen Zusammenstellungen; wenn man die Statistik von einem anderen Gesichtspunkte aus zusammenstelle, so ergebe sich, dass doch nur ein geringer Theil der Syphilitiker an Aneurysmen erkranke. Bei dieser Gelegenheit zeigt Hansemann ein Präparat, welches von einer Frau stammt, die in Folge Berstung eines Aneurysmas der Bauchaorta gestorben war. Sowohl die Bauchaorta, als auch die von ihr ausgehenden Arterien zeigten zahlreiche Aneurysmen. Aus einem dieser Aneurysmen entnahm

van Niessen (Wiesbaden) ein Präparat und es gelang ihm in der Media der Arterienwand den Streptobacillus nachzuweisen, den er für den Erreger der Syphilis hält. Weiter hob in der Diskussion Senator (Berlin) hervor, dass es nothwendig wäre, in der Statistik die Fälle von Aneurysmen bei Personen jugendlichen oder mittleren Lebensalters von denen zu trennen, die erst bei Personen im vorgerückten Lebensalter auftreten. Bei der ersten Kategorie würde wohl sicher die Lues eine grosse ätiologische Rolle spielen, während bei der zweiten Kategorie die Hauptursache in der Arteriosclerose zu suchen sein würde. Im Verfolg des Gedankens von Senator möchte ich noch die Frage aufwerfen, ob nicht ein Theil der Fälle von Aneurysmen bei jugendlichen Personen auf hereditärer Lues beruht; ohne Analogie wäre ein solches Verhalten keineswegs, hat doch erst in jüngster Zeit Speyr Fälle von Lähmungsirrsinn publizirt, die nach ihm auf hereditärer Lues beruhen. Ferner wurde in der Diskussion von mehreren Rednern, so von Bäumler (Freiburg) und Unverricht (Magdeburg), das Verfahren von Lancereaux und Tanlesin besprochen, durch subkutane Gelatineinjektionen die Gerinnungsfähigkeit des Blutes zu erhöhen und dadurch die Thrombenbildung im Aneurysmensacke, die als ein Heilungsvorgang zu betrachten ist, zu beschleunigen.

Es folgt ein Vortrag von Prof. Czerny (Breslau): zur Kenntniss der hyalinen Degeneration. Mit Hilfe des Weigert'schen Fibrin-Färbeverfahrens wies C. die innigen Beziehungen nach, die zwischen der hyalinen Substanz, die in den Eiterzellen Träger des Glykogens ist, und der amyloiden Substanz bestehen; nach den Untersuchungen von C. ist die hyaline Degeneration die Vorstufe der amyloiden Degeneration, die hyaline Substanz wird durch die Eiterzellen in diejenigen Organe verschleppt, in denen sich später die amyloide Degeneration nachweisen lässt.

Die dritte Sitzung wurde zum grossen Theil ausgefüllt durch die Diskussion zu den Referaten über Insufficienz des Herzmuskels, es betheiligten sich daran Schott (Nauheim), Grossmann (Wien), Romberg (Leipzig), His (Leipzig), Quincke (Kiel) und v. Pöhl (Petersburg). Die Diskussion vertiefte sich ausserordentlich in die Details, so dass ein Eingehen darauf hier nicht am Platze erscheint. Es folgten darauf eine Anzahl Vorträge: Winkler (Wien): Experimentelle Studien über die funktionelle Mitralinsufficienz; Jacob (Kudowa): Zur neurotischen Insufficienz des Herzmuskels; Hirschfeld (Berlin): Zur Lehre von der Plethora; Grödel (Nauheim): Bemerkungen zur Depitalsbehandlung bei chronischen Kreislaufstörungen und von Levy-Dorn (Berlin) und v. Criegern (Leipzig): Ueber Untersuchung des Herzens mittels Röntgenstrahlen resp. mittels des fluorescirenden Schirmes. Aus dem Vortrage von Jacob hebe ich hervor, dass er unter dem Namen „neurotische Insufficienz des Herzmuskels“ ein Krankeitsbild beschreibt, welches subjektiv die Symptome schwerer degenerativer Herzmuskelinsufficienz, Athemnoth, Herzklopfen, Pulsarythmie darbietet, sich aber objektiv davon unterscheidet durch eine gewisse „Ordnung in der Unordnung“; vor allem aber durch einen meist gut gespannten Puls, und trotz der Symptome der Insufficienz eine gute Prognose giebt. Aehnlich diesem Krankheitsbilde hat J. einen Pseudobasedow beobachtet, den

er ebenfalls als neurotische Insufficienz auffasst. Auch in diesen Fällen ist im Gegensatze zum wirklichen Morbus Basedowii der Puls recht gespannt. Die Therapie besteht in Herabsetzung der Erregung des vasomotorischen Centrums und in Behandlung der meist dabei bestehenden Anämie.

Aus dem Vortrage von Grödel hebe ich hervor, dass er in gewissen Fällen von chronischen Kreislaufstörungen, Herzklappenfehlern, wo die anderen therapeutischen Methoden im Stiche lassen, chronische Darreichung kleiner Digitalisdosen empfiehlt. Gr. behandelt also Herzklappenfehler nach folgendem Schema: zunächst versucht er die gestörte Kompensation allein durch Ruhe und physikalisch-diätetische Heilmethoden herbeizuführen, wenn das nicht gelingt, giebt er in der jetzt üblichen Weise innerhalb weniger Tage eine grössere Dipitalisdosis, die er wiederholt, wenn wieder Störungen der Kompensation eintreten. Es kommt aber ein Zeitpunkt, wo es nicht mehr gelingt, auf diese Weise durch einmalige Darreichung einer grösseren Dosis Digitalis die Kompensation für längere Zeit wiederherzustellen. Alsdann erachtet G. den Moment für gekommen, um mit der chronischen Dipitalistherapie einzusetzen; er giebt durch längerere Zeit, Wochen und Monate, 3—4 mal täglich 0,1 gr. Digitalis und hat davon niemals irgend welche schädliche Nebeneinwirkungen erlebt, insbesondere auch keine Kumulation beobachtet. In der Diskussion hob Unverricht (Magdeburg) hervor, dass er an seiner Klinik von Digitalispräparaten jetzt nur noch und zwar mit gutem Erfolge das neue Dyalisatum Digitalis und das Digitoxin verwendet. Im Uebrigen wendet sich U. gegen die chronische Digitalisdarreichung. — Aus den beiden Röntgen-Vorträgen ist nur hervorzuheben, dass es den Herren gelungen ist, exakte Messungen der Herzgrösse anzustellen. — Nach Schluss der Sitzung folgte eine gemeinschaftliche Besichtigung des neuerbauten nach allen Regeln der Hygiene und Krankenpflege eingerichteten Kaiser-Franz-Joseph-Hospitals.

Die vierte Sitzung wurde eröffnet durch eine Reihe sehr wichtiger und interessanter Demonstrationen. Zunächst demonstrirte Rotschild (Padua) sein Sternogoniometer, d. i. ein Apparat zur Messung des Sternalwinkels. Die Oberflächen von Corpus und Manubrium sterni liegen an der wohlgebauten Brust nicht in derselben Ebene, das Manubrium ist vielmehr schon unter normalen Verhältnissen nach hinten geneigt. Die hierdurch entstehende winklige Abknickung des Brustbeines nennt R. Sternalwinkel. Manubrium und Corpus sterni bleiben bis gegen das 60. Lebensjahr durch einen elastischen beweglichen Zwischenknorpel getrennt. Um diese Zeit beginnt die physiologische Verknöcherung des Knorpels. Während der Respiration ändert sich die gegenseitige Lage von Brustbeinkörper und -Handgriff in dem Sinne, dass sich der Neigungsgrad des Sternalwinkels bei der Inspiration verstärkt, bei der Expiration verringert durch Drehung des Handgriffes um eine durch die vorderen Enden der ersten Rippenknorpel quer verlaufende Axe. Durch die inspiratorische Verstärkung des Sternalwinkels wird eine wirksame Verlängerung des sagittalen Brustdurchmessers und damit eine erhebliche Erweiterung des den Lungenspitzen zugehörigen Brustraumes herbeigeführt. Der Sternalwinkel beträgt bei ruhiger Athmung bei Männern durchschnittlich 15,85°, bei Frauen 12,85°. Alle Fälle von Lungenemphysem, welche mit der charakteristischen fussförmigen Thorax-

gestaltung einhergehen, weisen einen abnorm starken Neigungsgrad des Sternalwinkels auf. Indessen ist der respiratorische Winkelspielraum fast regelmässig durch die Insufficienz der Athembewegungen oder auch durch Fixirung der Rippen in ihrer Inspirationsstellung bedeutend herabgemindert oder auch gänzlich aufgehoben. Bei der Phthise findet man häufig eine vorzeitige Verknöcherung des Sternalgelenkes. Dabei ist der Sternalwinkel abgeflacht.

Prof. v. Basch demonstrirt sodann das Pneumometer, d. i. einen Apparat zur Messung des Lungenvolumens und der Lungencapacität. Der Apparat beruht auf dem Mariotte'schen Gesetz. Man verbindet die Lunge des lebenden Menschen mit einem Manometer und kann alsdann aus der Flüssigkeitsmenge, die man aus einer Druckflasche in den einen Manometerschenkel hineinlaufen lassen muss, um den Druck in dem anderen Schenkel um ein bestimmtes Maass zu erhöhen, mit Hilfe eines empirisch gefundenen Index das Lungenvolumen berechnen. Dieser Pneumometer wird voraussichtlich zur Entscheidung sehr wichtiger physiologischer und pathologischer Fragen dienen können, so meine ich, wird man vermuthlich mit Hilfe dieses Apparates das zunächst noch mystische Dunkel lichten können, das über der Frage der angeborenen hereditären Disposition lagert. Es wird sich meiner Ansicht nach wahrscheinlich herausstellen, dass die hereditär tuberkulos belasteten Menschen von Geburt an kleinere Lungen haben, als andere, und es wird sich vermuthlich durch Messung des Lungenvolumens herausstellen, ob jemand wegen der angeborenen Kleinheit der Lunge Veranlassung hat, prophylaktisch alle Maasregeln zu ergreifen, die geeignet sind, entweder eine Infektion mit Tuberkulose zu verhüten oder aber die Widerstandsfähigkeit seiner Lungen so zu stählen, dass selbst eine erfolgte Infektion siegreich überwunden werden kann.

Es folgten sodann Demonstrationen von Boghean (Wien): Apparat zur Regelung der Athmung; Kurimoto (Nagasaki): Eine neue Art Botriocephalus (Krabbea grandis); Determann (St. Blasien): Demonstration der Verschiebungen des Herzens bei Lageveränderungen des Körpers mittels des Röntgenverfahrens; His (Leipzig): Präparate von Harnsäureherden im Körper; Tallermann (London): Heisluftapparate; Mandowsky (Graz): Krankenheber.

An die Demonstrationen schlossen sich alsdann noch einige Vorträge. Zunächst sprach Prof. Riegel (Giessen): Ueber medikamentöse Beeinflussung der Magensaftsekretion. R. hat bei Thieren Magenfisteln angelegt und die Magensaftsekretion nach Verabreichung verschiedener Medikamente, namentlich Atropin und Pilocarpin, beobachtet und dabei gefunden, dass Atropin die Sekretion stark herabsetzt, Pilocarpin sie dagegen steigert. In der Diskussion erklärt Escherich (Graz), dass er von der sekretionsvermindernden Wirkung des Atropins in der Weise Gebrauch gemacht habe, dass er bei Kindern, die an Diarrhöen mit profuser Sekretion litten, Atropin und zwar mit gutem Erfolge darreichte. Durch die nun folgenden Vorträge von Prof. Mehring (Halle): Ueber den Enfluss des Nervensystems auf die Funktionen des Magens und Pfaundler (Graz): Ueber den zeitlichen Verlauf der Magensaft-Sekretion wurden die Versuchsergebnisse Riegels durchaus bestätigt.

Von den anderen Vorträgen dieser Sitzung hebe ich nur den von Petruschki (Danzig) hervor: Zur Diagnose und Therapie des primären Ulcus ventriculi tuberculosum. P. beobachtete 2 sehr hartnäckige Fälle von Ulcus ventriculi, deren tuberkulöse Natur schliesslich dadurch festgestellt werden konnte, dass bei Abwesenheit sonstiger Anzeigen von Tuberkulose Reaktion auf Tuberculinum Kochii erfolgte, und dass die Fortsetzung der Tuberculinbehandlung relativ rasches Verschwinden der Krankheitserscheinungen ergab im Gegensatz zu dem jahrelangen Misserfolge der vorhergehenden anderweitigen Behandlungsversuche. Im Anschlusse daran möchte ich ganz kurz hervorheben, dass ich gerade in jüngster Zeit Gelegenheit gehabt habe, mehrere Fälle von Coicidenz eines einfachen runden Magengeschwüres mit beginnendem tuberkulösen Spitzenkatarrh bei jugendlichen Individuen zu beobachten.

Die fünfte Sitzung brachte die Referate von Prof. Löwit (Innsbruck) und Prof. Minkowski (Strassburg): Ueber Leukämie und Leukocytose. Das Wesentliche aus dem Vortrage von Löwit lässt sich dahin zusammenfassen, dass er den Erreger der Leukämie gefunden zu haben glaubt und zwar findet sich nach seinen Angaben bei Myelämie im peripherischen Blute eine leukocytäre Hämamöbe, die er als Hämamöba leucämiae magna bezeichnet; die Vermehrung erfolgt durch Sporulation. Bei Lymphämie finden sich im peripherischen Blute nur selten Parasiten; dagegen findet sich in den Blutzellen bildenden Organen der Leiche eine von Hämamöba magna differente Art, die L. als Hämamöba leukämiae parva vivax bezeichnet. Es giebt Fälle von Leukämie, bei denen in den Leichenorganen beide Hämamöben nachgewiesen werden können (Mischinfektion). Als eine solche Mischinfektion erwies sich L. auch ein Fall von Anämia pseudoleucämica infantum. Die Uebertragung der leukämischen Infektion gelingt auf empfängliche Thiere; es entsteht eine der Leukämie des Menschen sehr nahe verwandte, in der Regel chronisch verlaufende Infektionskrankheit, der die Thiere selten akut nach einigen Tagen, weit häufiger aber erst nach mehreren Monaten erliegen. Die Frage der künstlichen Kultur der Hämamöbe ist noch nicht spruchreif, es macht den Eindruck, als ob die Entwickelung einer Amöbengeneration im Reagensglase unter entsprechenden Bedingungen gelingen würde. Die von L. gefundenen Hämamöben der Leukämie haben eine grosse Aehnlichkeit mit den Plasmonelien der Malaria; es liegt daher nahe, den Versuch zu machen, die Leukämie systematisch mit Chinin zu behandeln. In einer Demonstration am nächsten Tage zeigt L. doppelt gefärbte Präparate seiner Hämamöben. Die blau gefärbten Hämamöben sind deutlich am inneren Rande der roth gefärbten Leukocyten sichtbar. — Der Korreferent Minkowsky kommt aus chemischen Gründen zu der Ueberzeugung, dass die Leukämie eine Infektionskrankheit sein müsse. Er sondert scharf die Leukämie als eine schwere progressive, zur Zeit meist unheilbare Krankheit von der Leukocytose als einer vorübergehenden, während der Verdauung physiologisch vorkommenden, vielfach sogar heilsamen Erscheinung. Die Leukocytose ist nämlich eines der hauptsächlichsten Schutzmittel des Organismus im Kampfe gegen die meisten Infektionskrankheiten. Es ist daher eine der wichtigsten Aufgaben der Therapie, in den Fällen wo eine Leukocytose erwünscht ist, die eigene Kraft des Organismus dazu aber nicht ausreicht, ihm mit Mitteln zu Hilfe zu kommen, welche künstlich eine Leukocytose zu er-

zeugen vermögen. Solche Mittel sind Organextrakte, Bakterienprodukte und Medikamente. Dasjenige Medikament nun, welches ohne schädliche Nebenwirkungen zu heben am energischsten eine heilsame Leukocytose zu erzeugen vermag, ist nach den Untersuchungen von Landerer und meinen eigenen Beobachten die Zimmtsäure und deren Präprate. In der sich an diese Referate anschliessenden sehr lebhaften Diskussion standen die Redner sämmtlich auf dem Standpunkte, dass die Leukämie eine Infektionskrankheit sei, angezweifelt wurde nur die Möglichkeit, die Leukämie künstlich auf Thiere zu übertragen. Ob die von Löwit gefundene Hämamöbe wirklich der Erreger der Leukämie ist, darüber konnte in eine Diskussion nicht eingetreten werden, da Löwit seine Methoden bisher nicht veröffentlicht hat, eine Nachprüfung bisher also nicht möglich war. L. verspricht, seine Methoden in extenso in den Kongressverhandlungen publiziren zu wollen. — Nach Schluss dieser Sitzung fand eine gemeinschaftliche Besichtigung des städtischen Sprudelsalzwerkes statt, wo aus dem Wasser des Sprudels sowohl das krystallinische, als auch das pulverförmige Sprudelsalz gewonnen wird. Die Darstellung eines pulverförmigen Sprudelsalzes erweist sich darum als nöthig, weil das krystallinische Sprudelsalz schon bei einer Temperatur von 24⁰ in seinem eigenen Krystallwasser schmilzt, also z. B. eine Versendung in die Tropen nicht verträgt, während das pulverförmige Sprudelsalz weit höhere Temperaturen unbeschadet aushält.

In der sechsten Sitzung besprach zunächst Prof. Petersen (Heidelberg) ein Grenzgebiet der inneren Medizin und Chirurgie, indem er die Anzeigen zu chirurgischen Eingriffen bei gutartigen Magenerkrankungen auseinandersetzte. Die wichtigste Anzeige zu chirurgischem Eingreifen giebt von gutartigen Magenkrankheiten das Magengeschwür, das ziemlich häufig wegen sonst unstillbarer pernicioser Blutungen ein chirurgisches Eingreifen erfordert. In der Diskussion verbreitete sich Prof. Ewald (Berlin) über Appendicitis larvata, jene Erkrankungen des Wurmfortsatzes, die mit dunklen Symptomen von Magen- und Darmerscheinungen auftreten, ohne dass die Patienten einen Schmerz an der typischen Stelle verspüren. Solche Fälle werden jahrelang für Hysterie angesehen, bis man sich endlich zu einem operativen Eingriffe entschliesst und dabei Adhäsionen, Geschwürsbildungen und eitrigen Inhalt des Wurmfortsatzes findet. Durch die Entfernung des kranken Wurmfortsatzes werden mit einem Schlage alle die scheinbaren hysterischen Beschwerden beseitigt. — Es sprach sodann Prof. v. Noorden (Frankfurt a. Main): Ueber Behandlung der chronischen Nierenkrankheiten. Er bemühte sich, verschiedene in der Therapie der Nierenkrankheiten bestehende Vorurtheile und Irrlehren zu zerstören. So ist es ein altes Vorurtheil, dass man den Nierenkranken nur weisses, nicht aber braunes Fleisch geben dürfe, obwohl nach von N.'s Untersuchungen diesem Rathe weder eine theoretische Begründung, noch das Resultat der praktischen Erfahrung am Krankenbett entspräche. Sodann wendet sich v. N. gegen den Missbrauch, chronischen Nierenkranken beliebige Mengen von Eiweiss und grosse Mengen Flüssigkeit in Form von Milch oder alkalischer Mineralwässer zu geben, weil dadurch das Gefässsystem ungebührlich überlastet, das Herz gefährdet und die kranken und geschwächten Nieren zu sehr angestrengt werden; er plädirt vielmehr für Zufuhr möglichst kleiner Eiweissmengen und für möglichste

Beschränkung der Flüssigkeitsaufnahmen. — In der Diskussion trat Ewald (Berlin) den Anschauungen v. Noorden's durchaus bei. — Sodann sprach Schütz (Wiesbaden): Zur Differentialdiagnose von Ulcus ventriculi. Gewisse Dickdarmaffektionen, wie Katarrh und Entzündung, sowie die verschiedenen Formen der Lageveränderung des Colon, vermögen das Krankheitsbild des Magengeschwüres in hohem Grade nachzuahmen und führen um so leichter zu Verwechselungen mit dieser Krankheit, als der Druckschmerz des Colon transversum von dem des Magens nur schwer zu trennen ist. Für die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen angeblichen Magenschmerzen und einer Dickdarmaffektion spricht die Beobachtueg, dass erstere bei gründlicher Entleerung des Colon auffallend nachlassen. Das wichtigste differentialdiagnostische Moment ist neben dem Blutbrechen der Nachweis des Fehlens der freien Salzsäure. Die Stellung einer exakten Diagnose ist darum von grosser Wichtigkeit, weil die unbegründete Verordnung einer eingreifenden Ulcus-Kur für die meist anämisch-nervösen Patienten mit grossen Unzuträglichkeiten verknüpft ist. — Es folgt der Vortrag von Prof. Escherich (Graz): Beiträge zur Kenntnis des Bacterium coli. E. führt den Nachweis, dass sämmtliche in dem Darme eines Menschen vorhandenen Bacterium coli-Individuen ein und derselben für den betreffenden Menschen specifischen Coli-Rasse angehören, und dass das Blutserum dieses Menschen auch nur dieser Coli-Rasse gegenüber, nicht aber gegenüber irgend einer anderen Coli-Rasse agglutinirende Eigenschaften besitzt. Es sprachen sodann: Gans (Karlsbad): Ueber den Einfluss von Bakterienprodukten auf die Darmfäulniss; v. Schrötter jr. (Wien): Ueber einen Fall von Gas-Abscess in der Bauchwand; Kraus (Graz): Ueber die Sauerstoff-Kapacität des menschlichen Blutes in Krankheiten; A. Schmidt (Bonn): Ueber Funktionsprüfung des Darmes; Leubuscher (Jena): Ueber die Fettabsonderung des Körpers; Blum (Frankfurt a. Main): Zur Schilddrüsen-Pathologie und Therapie; Lennhoff (Berlin): Ueber die Beziehungen zwischen Körperform und Nieren. Aus diesen Vorträgen sei hervorgehoben, dass Blum nach seinen Untersuchungen der Schilddrüse nur die Funktion vindicirt, gewisse im Kreislaufe befindliche giftige Substanzen abzufangen und durch Jodirung zu entgiften. Therapeutisch dürfte nur beim Myxoedem die Darreichung von Schilddrüsenpräparaten zu empfehlen sein, dagegen wird man bei Strumen und Fettleibigkeit am besten von der Darreichung von Schilddrüsen absehen, da Vergiftungserscheinungen nicht auszuschliessen sind. — Lennhoff hob hervor, dass unter physiologischen Verhältnissen jede Niere respiratorisch verschieblich ist und dass die Palpirbarkeit einer Niere an sich kein Zeichen einer Lockerung oder Verlagerung des Organs ist; vielmehr ist die Palpirbarkeit der Niere nur abhängig von der Körperform, so dass man es jedem Menschen ansehen kann, ob man bei ihm die Nieren palpiren kann oder nicht. Wenn man die Entfernung vom Iugulum bis zum Schamberg dividirt durch den kleinsten Bauchumfang und den Quotienten mit hundert multiplicirt, werden auf diese Weise zwei verschiedene Körpertypen gekennzeichnet, indem Individuen mit hohem Index im Allgemeinen palpable Nieren aufzuweisen, solche mit niedrigem Index dagegen nicht palpable. Der Durchschnittsindex veriirt nach Gegenden. Die Verschiedenheit der Körpertypen kommt auch

zum Ausdruck in der Verschiedenheit der Lendengegend, beziehentlich der paravertebralen Nischen. — Leubuscher benutzt eine sehr einfache Methode, um die Fettabsonderung der menschlichen Haut zu bestimmen. Er befestigt ein Stück völlig entfetteten Fliesspapieres von bestimmter Grösse mittels Heftpflasterstreifen auf der Haut und stellt nach 24 Stunden fest, wieviel Fett von dem Papier aufgenommen worden ist. L. kam auf diese einfache Weise zu sehr interessanten Resultaten; zunächst ergab sich, dass die Fettmengen, die von der Haut abgesondert werden, recht beträchtliche sind; die Fettabsonderung der Haut ist bei fettleibigen Menschen geringer als bei mageren. Auf dieser mangelhaften Ausscheidung von Fett durch die Haut beruht wahrscheinlich z. Th. überhaupt die Fettleibigkeit. —

Von den sehr zahlreichen Vorträgen der letzten, siebenden Sitzung hebe ich nur die wichtigsten hervor. Zunächst sprach Rosenfeld (Breslau): Ueber die Herkunft des Fettes. Es sei sicher, dass der Thierkörper aus Eiweiss kein Fett zu bilden vermöge; auch aus Kohlehydraten vermöge der Fleischfresser nur sehr geringe Mengen Fett zu bilden und zwar auch nur dann, wenn er sehr grosse Mengen Kohlehydrate zu sich nehme; daher sei auch diese Quelle des Fettes praktisch zu vernachlässigen. Es bleibt also als Quelle für das Fett im Körper des fleischfressenden Thieres nur das Nahrungsfett übrig. Es handelt sich also beim fleischfressenden Thiere nicht eigentlich um Fettbildung, sondern nur um Fettansatz; es giebt kein specifisches Thierfett, sondern jedes Thier lagert in seiner Unterhaut dasjenige Fett ab, welches es mit der Nahrung geniesst. Wenn also der Eskimo als Fett hauptsächlich Fischthran zu sich nimmt, der Polynesier dagegen hauptsächlich Kokosnussbutter, so müssen sie auch das entsprechende Fett in den Fettlagern ihrer Haut haben. Praktisch und therapeutisch folgt daraus, dass von den Bestandtheilen der Nahrung Fett diejenige Substanz ist, die am leichtesten zum Fettansatz führt. — Es sprach sodann Spitzer (Karlsbad): Ueber die Bildung der Harnsäure. Nach seinen Untersuchungen wird die Harnsäure wesentlich in der Leber und der Milz gebildet, nicht im Muskel- und Bindegewebe und nicht in den Nieren. — In der Diskussion erklärten Wiener (Prag) und Jacoby (Berlin), dass sie unabhängig von einander und von Spitzer auf anderem Wege zu denselben Resultaten wie er gekommen seien. — Sodann berichtet Pribram (Prag): Ueber die intermittirende Albuminurie der Adolescenten. Er hat bei blassen, mageren, rasch aufschiessenden Jünglingen und Jungfrauen zuweilen mit typischen chlorotischen Erscheinungen ein intermittirendes Auftreten von Eiweiss im Urin gefunden; für alle Fälle war die Albuminurie abhängig von der aufrechten Stellung, Gang und Bewegung der unteren Extremitäten; wurde Bettruhe innegehalten, verschwand die Albuminurie sehr rasch. — Hervorzuheben ist noch ein Vortrag und eine Demonstration von Wolff (Reiboldsgrün): Ueber Massage bei Behandlung Lungenkranker. Bekanntlich hat Erni (Gersau) eine mechanische Behandlungsmethode chronisch Lungenkranker eingeführt, die er als Klopfmethode bezeichnet. W. empfiehlt nun bei Lungenkranken, namentlich bei solchen kräftiger Konstitution, bei denen die Expektoration bei Ansammlung von Schleim und Eiter in den Luftwegen nicht ausreicht, diese Klopfmethode, die nach seiner Ansicht eine willkommene Bereicherung der Hilfsmittel bei Behandlung

der Phthise ist. Contraindicationen sind nicht vorhanden, insbesondere hat man weder Blutungen noch eine Propagation tuberkulöser Heerde, die bis dahin lokalisirt waren, zu befürchten. Die Methode ist nicht schmerzhaft, ein wenig empfindlich ist sie nur bei Beklopfung der unteren Rippen. Zu ihrer Ausführung wird ein breiter, gut federnder Spatel benutzt. — Es sprachen noch in der letzten Sitzung: van Niessen (Wiesbaden): Ueber den jetzigen Stand der Syphilisätiologie; A. Hermann (Karlsbad): Ueber die Glycerinbehandlung der Nephrolithiasis; J. Mayer (Karlsbad): Zur Pathologie der Gallensteinkrankheit; F. Blumenthal (Berlin): Zur Wirkung des Tetanusgiftes; E. Weiss (Pistyan): Gebührt der Arthritis deformans klinisch eine Sonderstellung? Aus dem Vortrage von Blumenthal will ich noch hervorheben, dass Redner die Unwirksamkeit des Tetanusheilserums dadurch erklärt, dass das Tetanusgift so fest an das Nervensystem gebunden ist, dass das Heilserum es nicht abzulösen vermag.

Nach Erledigung der kolossalen, im Vorstehenden kurz skizzirten Materials schloss Prof. Quincke mit warmen Worten des Dankes für die Vortragenden und für die Versammlung den Kongress. Nach Schluss des Kongresses folgten eine grosse Anzahl von Theilnehmern desselben einer freundlichen Einladung der Stadt Marienbad, wo in äusserst interessanter Rundfahrt an diesem und am nächsten Tage die Bäder und sonstigen hygienischen und sanitären Einrichtungen der wunderschön gelegenen und reich ausgestatteten Kurstadt besichtigt wurden.

Bericht über den 28. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

(5.—8. April 1899.)

Aus der überreichen Fülle der Verhandlungsgegenstände und Vorträge der diesjährigen Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie heben wir dasjenige hervor, was für die Pädiatrie von Interesse ist, indem wir uns dabei an Berichte der „Frankfurter Ztg.“ und des „Medico“ anlehnen.

Kocher (Bern): Ueber die Bedingungen erfolgreicher Operation bei Epilepsie. In 6 Fällen von Epilepsie, die durch Traumen des Kopfes entstanden waren, hat K. durch Eröffnung des Schädels dauernde Heilung erzielt. Nach K.'s Annahme ist dieser Dauererfolg nicht allein auf die Entfernung von Knochensplittern, Verwachsungen etc., die auf das Gehirn drücken und an ihm Zerrungen ausüben, zurückzuführen, sondern vor Allem auf die Entlastung des Gehirns von dem bei Epileptikern immer gesteigerten allgemeinen Druck. Die Beseitigung dieser abnorm starken Spannung im Schädelinnern ist allein schon im Stande, in vielen Fällen die epileptischen Anfälle zum Schwinden zu bringen, welche in der Regel auch völlig wegbleiben, wenn nach der Eröffnung des Schädels eine nur mit Haut bedeckte Lücke zurückge-

lassen wurde, wurde hingegen ein fester knöcherner Verschluss der Schädelhöhle herbeigeführt, so kehrten die Anfälle stets wieder, auch wenn die Knochensplitter etc. vorher entfernt worden waren. — v. Bergmann (Berlin) betont K. gegenüber die grossen Schwierigkeiten der kritischen Verwerthung der Heilerfolge, da erfahrungsgemäss in 90% aller Fälle schon vor der Verletzung eine hereditäre Veranlagung zur Epilepsie bestanden hat. In diesen Fällen ist von der Operation kein Erfolg zu erwarten. Er hält diejenigen Operationsmethoden für die besten, welche die Ursache des Leidens angreifen, wobei tiefe Narben und Knochensplitter am Schädel, sowie Flüssigkeitsansammlungen unter dem verletzten Schädeldach entfernt, verletzte Theile der Hirnrinde abgetragen werden. Da noch 5 Jahre und länger nach der Operation die Anfälle wieder auftreten können, so kann nur mit grösster Reserve von einer vollständigen Heilung gesprochen werden. Im Anschluss hieran demonstirt v. B. eine Patientin, bei der er eine angeborene grosse Lücke im Schädeldach (Porencephalie) mit Erfolg operativ geschlossen hat. — Lauenstein (Hamburg) bestätigt die günstige Wirkung derjenigen Operationsmethoden bei Epilepsie, die eine Verminderung der Spannung im Schädelinnern anstreben. Ein vor 5 Jahren von ihm nach diesem Princip operirter Fall ist seitdem völlig frei von Anfällen. Ebenso ist die vorher bestehende Erblindung dauernd zurückgegangen. — Beckh (Heidelberg) bestätigt, dass die Erfahrungen der Heidelberger Klinik mit denjenigen K.'s im Wesentlichen übereinstimmen. — Trendelenburg (Leipzig) berichtet über sehr günstige Resultate, die er durch die Operation von entzündlichen Verkrümmungen der Wirbelsäule (Spondylitis) erzielt hat. Selbst völlige Lähmungen der Beine sind nach der Operation, wenn auch allmählich, verschwunden. — Hoffa (Würzburg) berichtet über die chirurgische Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung. Er hat die unblutige Operation in 127 Fällen nach den Methoden von Lorenz, Paci, Schede, Mikulicz ausgeführt. Nach seinen Erfahrungen wird nur sehr selten mit diesen Methoden eine ideale Heilung erzielt. Meist stellt sich der Schenkelkopf in mehr oder weniger starker Auswärtsdrehung dicht neben die Pfanne. Jedoch ist auch in diesen Fällen das funktionelle Resultat ein zufriedenstellendes. Einmal hat H. in unmittelbarem Anschluss an die unblutige Einrenkung den Tod eintreten sehen. Ein Zurückgleiten des eingerenkten Schenkelkopfes in die falsche Stellung kommt zuweilen vor. Die Röntgenphotographie, die uns in jedem Augenblick gestattet, uns genau über die Stellung des Schenkelkopfes zu informiren, bildet einen sehr grossen Fortschritt in der Diagnose und Behandlung der Krankheit. Die Methode der blutigen Einrenkung findet nur Anwendung, wenn die unblutige Methode nicht zum Ziele führt, was besonders bei älteren Kindern vorkommt. Die Grenze hierfür scheint nach Lorenz das 8. bis 10. Lebensjahr zu sein, jenseits welchen Alters die unblutige Einrenkung fast nie gelingt. Aus der Statistik von L. geht auch zur Genüge hervor, dass seine Methode durchaus nicht ungefährlich ist. Das ohne Anwendung grosser Gewalt nicht erreichbare Herabziehen des hochgeglittenen Schenkelkopfes bedingt eine Reihe von Gefahren für die Knochen und Weichtheile der Hüfte. L. erkennt auch an, dass eine ideale Einrenkung bei seiner Methode wegen der abnormen Beschaffenheit der Gelenkpfanne nicht stattfinden kann, worüber das

Röntgenbild unzweideutigen Aufschluss ertheilt. L. hält die Gefahren der blutigen Einrenkung trotz alledem für wesentlich höher als die der unblutigen. — Mikulicz (Breslau) weist ebenfalls darauf hin, dass eine ideale Einrenkung des Femur unmöglich sei, weil die Pfanne zu klein, der Schenkelkopf missgestaltet ist, vor Allem aber deshalb, weil sich stets die Weichtheile der Kapsel und Bänder zwischen die Gelenkenden klemmen. Auch aus den Ausführungen der übrigen Redner: Petersen (Bonn), Heusner (Barmen), Höftmann (Königsberg), Lange (München), Harath (Utrecht), Kümmel (Hamburg) geht hervor, dass der Enthusiasmus, der im Anschluss an die L.'schen Publikationen vor 2 Jahren, sich der Chirurgen bezüglich der unblutigen Einrenkung bemächtigt hatte, nunmehr der nüchternen Kritik gewichen ist, deren Endurtheil dahin zusammenzufassen ist, dass keine der bisherigen Methoden bei der luxatio coxae congenita eine vollkommene Dauerheilung garantirt und wir uns einstweilen mit der meist erreichbaren erheblichen funktionellen Besserung bezeugen müssen. — Von grossem actuellem Interesse waren die Mittheilungen von Löwenhardt (Breslau) über die Aleppo- oder Orientbeule, von der bekanntlich in letzterer Zeit einige Palästinareisende befallen worden sind. L. hat 3 Fälle dieser Krankheit studirt. Sie ist eine chronische endemische Hauterkrankung, die in Form von Knoten einzeln oder in Gruppen meist an den unbedeckten Körperstellen auftritt. Später zerfallen diese Knoten und es entstehen hartnäckige Ulcera, die indessen meist spontan unter Hinterlassung entstellender Narben heilen. Der zweifellos parasitäre Erreger der Aleppobeule ist noch nicht entdeckt — In einigen kleineren Mittheilungen bespricht Benda (Berlin) den von ihm in 3 Fällen beobachteten ätiologischen Zusammenhang zwischen Knochentuberculose und Miliartuberculose, Küttner (Tübingen) die selten vorkommende tuberculöse Knochenmarkentzündung langer Röhrenknochen, Sudeck (Hamburg) die Anatomie und Aetiologie der Coxa vara, die er auf wiederholte kleinere mechanische Insulte zurückführt, Heusner (Barmen) die Ursachen und Therapie des angeborenen Klumpfusses. — Aus den Verhandlungen über Magendarmchirurgie heben wir den Vortrag von Krönlein (Zürich) über das traumatische Magengeschwür hervor. Er demonstrirte einen Patienten, der sich nach seiner Ansicht durch ein Trauma ein Magengeschwür acquirirt hat. K. hat durch Resektion der durch dasselbe entstandenen hochgradigen Strictur des Pylorus Heilung erzielt. Das Auftreten eines Magengeschwüres im Anschluss an eine Quetschung oder sonstige Verletzung des Leibes ist bisher nur äusserst selten beobachtet worden. Einen ähnlichen Fall hat Wagner (Königshütte) beobachtet. (Auch Red. d. Ztschr. behandelt soeben einen Mann, der sich durch Sturz vor ca. 1 Jahre von einem Gerüste eine Oberarmfractur und eine Quetschung der Bauchmuskulatur zugezogen hatte. Der Mann war vorher ganz gesund, litt seitdem an unbestimmten krankhaften Erscheinungen der Verdauungsorgane, bis vor ca. $^1/_2$ Jahr ganz bestimmte Symptome eines Magengeschwüres hervorgetreten sind. Die Berufsgenossenschaft bestritt den Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Ulcus ventriculi und giebt ihm nur eine kleine Rente wegen verminderter Gebrauchsfähigkeit des Armes. Ich habe dem Mann gerathen, auf Grund der Krönlein'schen Erfahrungen Berufung einzulegen, da mir der angeführte Zusammenhang zwischen dem Ulcus und

dem Unfall unzweifelhaft zu bestehen scheint.) — v. Eiselsberg (Königsberg) berichtet über 7 Fälle von Bruchoperation, bei denen blutiges Erbrechen auftrat, welches wahrscheinlich durch das nothwendige Abbinden des Netzes mittelbar hervorgerufen wurde; in einem tödtlich verlaufenen Falle zeigten sich Blutungen in die Magenschleimheit. — Gersuny (Wien) bespricht eine von ihm häufig beobachtete typische peritoneale Adhäsion am S romanum; sie besteht in einer strangförmigen Verwachsung, die zu nicht unerheblichen Beschwerden, besonders zur Behinderung der Darmpassage führen kann und wahrscheinlich auf Grund kleiner Blutungen entsteht. — Graser (Erlangen) berichtet über das Ergebniss von Untersuchungen, die er an Leichen über erworbene Darmdivertikel vorgenommen hat. Seiner Meinung nach entstehen dieselben durch Herzfehler, sitzen besonders häufig am S romanum, dessen lockeres Gewebe der Bildung derselben naturgemäss Vorschub leistet. Ein längeres Bestehen derselben führt wieder zu acutentzündlichen Zuständen der Darmschleimhaut, Entzündungen und Verwachsungen des Peritonemus in der Umgebung. — Ueber Darmverschluss berichtet Riese (Britz), der das Entstehen von Falten und Taschen des Bauchfellüberzuges auf entwickelungsgeschichtliche Vorgänge zurückführt, welch' erstere unter Einwirkung äusserer Umstände z. B. Heben schwerer Lasten zur Bildung innerer Hernien und Einklemmung derselben Veranlassung geben können. — Ludloff (Königsberg) berichtet über die Ursachen des Mastdarmprolapses und den Zusammenhang desselben mit chronischer Obstipation. — Neuber (Kiel) demonstrirt einen von ihm angefertigten Apparat zur Klumpfussbehandlung und bespricht die Technik des Achillotomie. Er operirt nicht mehr subcutan, da er mehrfach erlebt hat, dass dann die Wiedervereinigung ausblieb, sondern offen. — Sprengel (Braunschweig) stellt einen operirten und nicht operirten Fall von Coxa vara (Schenkelhalsverbiegung) vor. In beiden Fällen war die Verbiegung auf eine Verletzung der Hüfte zurückzuführen. Sp. sieht mit Kocher in dem Leiden eine Lösung der Zwischenknorpelschicht zwischen Kopf und Hals des Femur. Die Funktionsstörung des Hüftgelenkes ist bei diesem Leiden meist recht beträchtlich und auch durch die Operation ist ein vollkommen normaler Gang wohl nie zu erzielen. — Kocher betont, dass dieses Leiden häufig im Anschluss an Verletzungen der Hüfte entsteht oder oft auch lediglich eine Belastungsdeformität darstellt, zu der nicht selten die Rhachitis Veranlassung giebt. — Bunge (Königsberg) berichtet über die Erfolge, welche an der Königsberger chirurg. Klinik mit der operativen Behandlung veralteter Ellenbogenluxationen erzielt worden sind. Durch ausgedehnte Freilegung des Gelenkinnern und Durchschneidung spannender hindernder Weichtheile gelang es, die Einrenkung zu erzielen. Absprengungen kleiner Knochentheilchen, Querbrüche und schiefe Verheilung des unteren Humerusendes fanden sich dabei häufig vor. Lange sorgfältige orthopädische Nachbehandlung, namentlich frühzeitige lange fortgesetzte Bewegung des Gelenkes verhindern neue Verwachsungen und ergeben gute funktionelle Resultate. — Gocht (Würzburg) bespricht an der Hand von aus Bluterfamilien stammenden Fällen die Behandlung der bei Hämophilen häufig vorkommenden Blutergüsse in den Gelenken mit orthopädischen Apparaten. — Hoffa demonstrirt eine Patientin mit habitueller Pa-

tellarluxation, die er davon befreit hat, indem er die Gelenkkapsel durch Faltenbildung und Naht verkürzte. — Franke (Braunschweig) beschreibt eine besondere Form von Knochenentzündung, bei welcher der Knochen durch neugebildetes Bindegewebe ersetzt ist, in dessen Maschen sich noch abgestorbene Knochenstückchen finden. — Renvers (Berlin) spricht über die Operation der Blinddarmentzündung. Nach seiner Ansicht sind diejenigen Formen dieser Erkrankung, die im Gefolge von Infektionskrankheiten auftreten, sowie Geschwürsbildungen im proces. vermiformis einer spontanen Heilung fähig. Auch bei den acuten Entzündungen mit nicht eitrigem (serösem) Exsudat erzielt man bei geeigneter innerer Behandlung eine Rückbildung der Entzündung. Wenn bei Eis und Opiumbehandlung die Fiebererscheinungen binnen 5 Tagen nicht zurückgehen, wenn Eiterbildung auftritt, dann greift die Frage der Operation Platz. — Ewald (Berlin) berichtet über Fälle von Perityphlitis mit schleichenden Verlauf, die deutlich beweisen, dass interne Medicin und Chirurgie bei dieser Krankheit oft zusammen arbeiten müssen. — Sonnenburg (Berlin) verlangt, dass bei der Blinddarmentzündung dem Chirurgen gleich vom Beginn der Erkrankung an Gelegenheit zur Mitbeobachtung des Falles gegeben werde, damit auch dieser bei Bestimmung des Zeitpunktes des Eingriffes rechtzeitig mitzuwirken im Stande ist. Während des acuten Anfalls empfiehlt S. stets zu operiren, wenn die Erscheinungen nicht in wenigen Tagen schwinden. Der erkrankte proces. vermif. soll in der Regel mitentfernt werden, denn der Gefahr eines Recidives wird dadurch mit Sicherheit vorgebeugt, wenn allerdings auch die Gefahr des Eingriffes dadurch erhöht wird. — Riese (Berlin) berichtet über 2 Fälle von chronischer Blinddarmentzündung, bei denen der entzündliche Process den Harnleiter ergriffen hatte, wodurch eine Harnstauung im Nierenbecken zu Stande gekommen war. — Dührssen (Berlin) berichtet über das gleichzeitige Vorkommen von Blinddarmentzündung und verschiedenen gynäkologischen Erkrankungen. — Kümell (Hamburg) bestätigt die günstige Prognose der Operation im anfallsfreien Stadium der Krankheit, die bei 150 operirten Patienten stets zur Heilung führte. — Aus der ausgedehnten weiteren Diskussion, an der sich Gussenbauer (Wien), Rotter (Berlin), Körte (Berlin), Karewski (Berlin), v. Eiselsberg (Königsberg), Rose (Berlin), Jordan (Heidelberg) und Sprengel (Braunschweig) betheiligen, geht u. A. besonders hervor, dass der radicale Standpunkt Sonnenburg's noch weit davon entfernt ist, allgemeine Anerkennung zu finden. — Mangoldt (Dresden) stellt Kranke vor, bei denen er schwere Strikturen und Defecte des Larynx durch Einpflanzen von Stücken aus den Rippenknorpeln geheilt hat. — Krause (Altona) und Garré (Rostock) besprechen die operativen Eingriffe zur Heilung schwerer Gesichts- und Occipital-Neuralgien. — Gerulanos (Greifswald), spricht über die Behandlung veralteter Empyeme durch plastische Operationen am Thorax. — Krause (Altona) berichtet über günstige Erfahrungen mit der Anwendung überhitzter Luft bei verschiedenen Formen von Gelenkentzündung, bei rheumatischen Gliederschmerzen und bei manchen Fällen von Gicht. — Bier (Greifswald) hat die überhitzte Luft bei chronischem Gelenkrheumatismus mit gutem Erfolge angewandt. Nach seiner Ansicht beruht die Heilwirkung überhitzter Luft auf der starken Blutstau-

ung, die in den überhitzten Körperabschnitten zu Stande kommt und hieraus erkläre sich auch die Thatsache, dass durch die Anwendung der von ihm angegebenen Methode der künstlichen Blutstauung sich ganz ähnliche Erfolge erzielen liessen. B. glaubt, dass beide Methoden sich wirksam zu unterstützen geeignet sind. — Braun (Altona) spricht über den Ersatz von Hautdefekten. Er hat durch mikroskopische Untersuchungen festgestellt, dass in den transplantirten Hautlappen alle specifischen Bestandtheile der Haut (Haare, Drüsen etc.) erhalten bleiben. So gelingt es z. B. bei Hautverlusten über den Augen durch Transplantation schmaler, der Kopfhaut entnommener Hautstreifen die verloren gegangenen Hautstreifen wieder zu ersetzen. Henle (Breslau) hat haarlose Stellen des Kopfes durch Einpflanzung behaarter Hautlappen beseitigt. — Aus der ausgedehnten Diskussion über die Nierenchirurgie heben wir Folgendes hervor: Krönlein hat eine Cystenniere, die man bisher als ein noli me tangere für chirurgische Eingriffe betrachtet hat, mit glücklichem Erfolge entfernt. — Küster (Marburg) bemerkt, dass er bei der Gefahr der Doppelseitigkeit der Erkrankung die Entfernung einer cystisch entarteten Niere nicht eher für zulässig erachtet, als nicht ein normaler Zustand der zweiten Niere mit Sicherheit konstatirt ist. — Jordan (Heidelberg) berichtet über eine Reihe von Fällen, in denen durch Hautcarbunkel, Panaratien etc. Nierenabscesse und eitrige Entzündungen der Nierenfettkapsel entstanden waren. — Lauenstein (Hamburg) und Ringel (Hamburg) weisen auf die Bedeutung der Röntgenphotographie für die chirurgische Behandlung der Nierensteine hin. — Zondek (Berlin) beschreibt an der Hand sehr schöner Corrosionspräparate das arterielle Gefässsystem der Nieren und seine Bedeutung für die Nierenchirurgie. — Heidenhain (Worms) stellt einen Patient vor, der durch Verschlucken eines Knochens sich eine Verletzung des Oesophagus und Eiterung im hinteren Mediastinum zugezogen hatte und durch Operation geheilt worden ist. — Vulpius (Heidelberg) berichtet über seine günstigen Erfahrungen mit der Sehnenüberpflanzung bei Lähmungen und Krampfzuständen. Er hat bekanntlich durch Ueberpflanzung der Sehnen noch funktionsfähiger Muskeln in den gelähmten Gliedern eine gewisse Beweglichkeit herzustellen gesucht und auch erreicht. Selbst bei hochgradigen Lähmungen besonders der Kinder lässt sich noch eine gewisse Besserung erzielen. — Wörner (Gemünd) empfiehlt zur ambulatarischen Behandlung von Beinbrüchen die Celluloidverbände. — Francke (Braunschweig) bespricht einige chirurgische Nachkrankheiten der Influenza, wie die Knochenentzündungen, die Bänder- und Gelenkerkrankungen, die Blinddarmentzündungen, die acuten Glottisödeme, die momentane Erstickungsgefahr mit sich führen können. — Holländer (Berlin) spricht über Heissluftbehandlung des Lupus, Garré (Rostock) über erfolgreiche Ueberimpfung des Echinococcus vom Menschen auf Kaninchen, v. Eiselsberg (Königsberg) berichtet über die Operationstechnik zur Beseitigung der unter dem Namen Sanduhrmagen bekannten Mageneinschnürungen, die zu hochgradigen Störungen Veranlassung geben.

S.

Referate.

Zur Schmierseifenbehandlung der tuberkulösen Lokalerkrankungen. Von Hoffa. (Münch. med. Wochenschr. 1899 No, 9.)

H. kann nach seinen Erfahrungen ein äusserst günstiges Urtheil über die Kollmann'sche Schmierseifenbehandlung der lokalen Tuberkulosen abgeben. Hauptsächlich hat er sie zur Allgemeinbehandlung bei Fällen von Spondylitis, Tuberkulosen des Hüft-, Knie-, Fuss- und Ellenbogengelenks, bei Drüsen- und Hauttuberkulose zu Hilfe genommen. Die übrigen Behandlungsmethoden dürfen dabei nicht vernachlässigt werden. Es ist aber wunderbar, wie die gleiche Behandlung mit und ohne Schmierseife andere Resultate ergiebt. Das Allgemeinbefinden und der Appetit des Patienten hebt sich rasch, die tuberkulösen Gelenkschwellungen bilden sich rascher zurück, die Fisteln schliessen sich schneller und Drüsenschwellungen gehen zurück.

Zu den Inunctionen eignet sich nur der in den Apotheken vorräthige Sapo kalin. venalis, welcher aus Leinöl und Liq. Kal. caust. crud. ohne Weingeist bereitet ist und stets etwas überschüssiges Kal. caust. und Kal. carbon. enthält, am besten der Sapo kalin venalis transparens (superfeine Oelseife). Hiervon werden 25—40 g wöchentlich 2—3 mal mittelst Schwammes oder der Flachhand abends eingerieben und zwar vom Nacken einschliesslich beginnend am Rücken und den Oberschenkeln und, wenn thunlich, den Oberschenkelbeugen entlang bis incl. zu beiden Kniekehlen. Ist eine Extremität in einem Verbande fixiert, so wird dieser während des Einreibens mit Guttaperchapapier vor dem Nasswerden beschützt. Bei Spondylitis zieht man eventuell das Korsett aus, legt die Kinder auf den Bauch, reibt dann ein und zieht das Korsett nachher wieder an. — Die Schmierseife bleibt 1/2 Stunde liegen, nach dieser Zeit wird sie mittelst Schwammes und warmen Wassers wieder abgewaschen. Der Patient bleibt nach der Einreibung während der Nacht im Bett. Am anderen Tage kann er wieder herumgehen. Eine Regulierung oder Aenderung der Diät ist dabei nicht nöthig.

Schnell, Egeln.

Belladonna in der Behandlung der Broncho-Pneumonie bei Kindern. Von Coutts (The British med. Journ. — Wien. med. Wochenschrift No. 15 1899).

C. wendet die Belladonna in grösseren Dosen an, um die Secretion der Bronchien zu mässigen und Respiration und Herzthätigkeit anzuregen; ob es sich um Säuglinge von einigen Wochen, oder Kinder von 6—7 Jahren handelt, immer giebt er 0.015 Extr. Belladonna, alle 3—4 Stunden. Einige Dosen des Mittels genügen in der Regel, um die Dyspnoe zu beseitigen, die Temperatur sinkt und in wenigen Tagen ist die Krankheit, die gewöhnlich mehrere Wochen dauert, geheilt. C. schliesst alle andern Mittel und Behandlungsmethoden dabei aus. Nur bei einigen Kindern hat die Belladonna leichte Delirien hervorgerufen, welche übrigens bei Verminderung der Dosis bald verschwanden, meist haben sich die toxischen Erscheinungen auf eine leichte Hautröthe und einen gewissen Grad von Reizbarkeit und Lebhaftigkeit beschränkt. Manchmal beobachtete man einen scarlatiniformen Ausschlag. Pupillenerweiterung zeigte sich viel seltener als die Hauthyperämie.

Dr. Goldbaum-Wien.

Die metallische Percussion zur Diagnose der Pleuritis bei Kindern. Von Paul Lamarque (Klinisch-therapeutische Wochenschrift No. 15, 1899.)

Pitres in Bordeaux hat bekanntlich auf den Werth der metallischen Percussion für die Diagnose der Pleuritis bei Erwachsenen aufmerksam gemacht und unter den Namen „Münzensymptom“ (signe du sou) die Veränderungen des Schalles und die praktische Bedeutung derselben beschrieben. In einer Dissertation der Fakultät zu Bordeaux bespricht nun L. die Anwendung dieses Symptoms zur Diagnose der Pleuritis der Kinder.

Die Technik der Untersuchung ist folgende: Man benützt zwei 10 Centimes-Stücke, von denen das eine als Plessimeter, das andere als Hammer dient. Man percutirt auf der Vorderseite des Thorax und auscultirt an der hinteren. Um vollständige Resultate zu erzielen, thut man gut, diametral entgegengesetzte Stellen zu percutiren und zu auscultiren. Hat man es aber mit einem grossen Ergusse zu thun, so kann man einfach in der Höhe der Warze percutiren und rückwärts in der ganzen Ausdehnung der percutirten Seite auscultiren. Wenn man mit Hilfe der zwei Münzen die Vorderseite des Thorax eines gesunden Individuums in der Höhe der Brustwarze percutirt, so nimmt das hinten horchende Ohr ein dumpfes Geräusch wahr, das eine metallische Resonanz besitzt und aus der Ferne zu kommen scheint.

In Fällen von reichlichem pleuritischem Ergusse wird dieses Geräusch hell, kurz, leicht metallisch und scheint unter den Ohren zu entstehen. Der Schall ist ähnlich dem, der entsteht, wenn man zwei Kupfermünzen in einer grossen Wassermasse aneinanderschlägt. Bei Erwachsenen ist das Münzensymptom zwar nicht pathognomisch für flüssige Exsudate, weil es sich auch durch die Leber und feste Tumoren im allgemeinen fortpflanzt, es hat aber unter Umständen einen grossen Werth, da es weder bei Pericarditis, noch bei Herzhypertrophie; noch bei Lungenerkrankungen, wie Pneumonie oder Tuberculose, vorkommt. Wenn das Symptom vorhanden ist, zeigt es die Höhe des Exsudates besser an als die Dämpfung. L. ist auf Grund seiner klinischen Beobachtungen und seiner Leichenversuche der Ansicht, dass das Münzensymptom bei Kindern von ebenso grossem diagnostischen Werthe ist wie bei Erwachsenen, zumal bei Kindern die Prüfung der Aegophonie und der Stimmvibration entfällt.

Von grossem Nutzen ist das Symptom in Fällen, in welchen die Dämpfung wenig ausgesprochen ist, oder wo trotz reichlichen Exsudates der stark ausgedehnte Thorax einen relativ so hellen Schall giebt, dass man keine oder doch nur sehr wenig Flüssigkeit anzunehmen geneigt ist.

Dr. Goldbaum-Wien.

Amaurose als Folgeerscheinung eines internen, chronisch acquirirten Hydrocephalus; Punktion der Seitenventrikel; Heilung. Von Grósz. (Gyennekgyógyaszat 1899, No. 1.)

Die Punktion der Seitenventrikel beim chronischen Hydrocephalus wurde schon in den ältesten Zeiten ausgeführt und trotz der mannichfachsten Misserfolge wird sie auch heute noch vereinzelt gemacht; doch scheinen sich die geheilten Fälle auf acquirirte und nicht auf angeborene Gehirnerkrankungen zu beziehen. Verf. glaubt diese Behauptung

auf Beobachtungen stützen zu können, welche in den letzteren Jahren von vielen Klinikern veröffentlicht wurden und beruft sich speciell auf Beck, der von der direkten Ventrikelpunktion beim acquirirten chronischen Hydrocephalus mehr hofft als von der Lumbalpunktion, welche nur als Nothbehelf angesehen werden müsse. Seit Wernicke im Jahre 1881 die Punktion der Seitenventrikel empfohlen hat, wird diese von vielen Aerzten mit dem besten Frfolg vollführt; auch G. hatte unlängst Gelegenheit einen Kranken zu beobachten und zu operiren, dessen Krankheitsverlauf nicht ohne Interesse ist.

Nach Angabe der Eltern erkrankte der zehnmonatliche Knabe sechs Wochen bevor er in das Kinderspital gebracht wurde, plötzlich; er bekam Fieber, hatte tonisch-klonische Zuckungen, war bewusstlos und konnte nur wenig gestillt werden. Während der Anfälle waren der Kopf und der Nacken stark nach hinten gebeugt. Dieser Zustand hielt einen Monat an, dann erholte sich der Kranke etwas, das Fieber fiel ab, er erkannte seine Umgebung, doch nahmen die Augen eine „Schiefstellung" an. Seit 5 Tagen bemerken die Eltern, dass ihr Kind nicht sieht.

Die ärztliche Untersuchung ergiebt, dass der Kopfumfang 48 cm beträgt; die grosse Fontanelle eine kleine Kinderhandfläche misst, gespannt und erhöht ist. Die Augen sind nach innen und unten gedreht; der Blick ist starr, die Pupillen mittelgross, starr, reagiren nicht. Der Augenhintergrund ist normal. Das Kind erkennt nicht die ihm vorgehaltenen Gegenstände, scheint aber das Licht zu suchen. G. nimmt als Ursache dieser Symptome einen internen chronisch acquirirten Hydrocephalus an, wahrscheinlich entstanden aus einer Meningitis cerebro-spinalis; nachdem mit Bestimmtheit eine Papillitis auszuschliessen ist, findet G. die Operation indicirt, die er auch am 14. Januar dieses Jahres an dem schwach narcotisirtem Kinde vollführte. Den Einstich machte G. rechts von der grossen Fontanelle, 3 ct. von der Mittellinie entfernt, 4 Cent. tief und entleerte 40 ccm. einer wasserhellen Flüssigkeit, worauf er dem Kinde einen Compressivverband anlegte. Unmittelbar nach der Punktion nahmen die Augenaxen eine beinahe normale Stellung an, einen Tag später reagirten auch die Pupillen, das Kind fixirte und greift nach den ihm vorgehaltenen Sachen. Nach Entfernung des Verbandes wölbt sich die grosse Fontanelle nicht hervor, doch reagiren die Pupillen etwas träge. Am 18. Januar zeigten sich wieder Schiefstellung der Augen und eine sehr mangelhafte Pupillenreaktion, was G. veranlasste, eine neuerliche Ventrikelpunktion zu machen. Diesmal sticht G. links ein und aspirirt 70 ccm. helle Flüssigkeit, das schwach narkotistirte Kind kollabirte und erholte sich erst auf Campherinjektionen. Am 31. Januar ist der Status folgender: Der Kopfumfang des Kindes ist um 0.5 cm weniger als bei der Spitalsaufnahme. doch kann ihn das Kind gerade frei halten; die grosse Fontanelle prominirt nur schwach und das Kind sieht gut.

Die Collapserscheinungen nach der Punktion führt G. auf die grössere Menge der entleerten Flüssigkeit zurück und empfiehlt auf ein Mal nur wenig zu aspiriren und zum Einstich zu greifen, sobald sich von Seiten des Gehirns Druckerscheinungen einstellen.

L. Bruck, Budapest.

Gesundheitspflege.

Ueber passive und aktive Bewegung des Kindes im ersten Lebensjahr. Von Schmidt (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XLIX. Heft 1.)

Sch. weist nach, dass das Warten der Kinder nicht nur nicht unnatürlich, sondern stets nützlich und den meisten Fällen geradezu nothwendig für dieselben ist. Unter Warten eines Kindes müssen wir diejenigen Manipulationen verstehen, welche den Zweck haben, erstens dem Kinde durch Lageveränderungen passive Bewegungen zu verschaffen, zweitens aber dasselbe, sobald es durch ein entsprechendes Alter dazu befähigt ist, auch zu activen Bewegungen anzuregen.

Eine Erregung der Sinnesorgane soll beim Warten nicht stattfinden, wenigstens nicht in den ersten $^3/_4$ Jahren. Also alles gellende Singen, Pfeifen, Trommeln, alle bunten und blendenden Lichteindrücke, Umheralbern, Kitzeln, heftiges Schwenken und Erschüttern, das beliebte ewige leise Schütteln des Kindes ist nicht zu erlauben. Das Sitzenlassen des Säuglings ohne Unterstützung des Rückens ist strenge zu verbieten, ebenso schädlich ist es, das Kind auf die Füsse zu stellen, bevor es das von selbst thut. Auch darf das Kind durch das Warten nicht ermattet werden, und das wie oft und wie lange ist nach Alter und Kräftezustand genau zu dosieren. Ferner soll das Kind nie nach einer Mahlzeit gewartet werden und darf auch keinen unvorsichtigen und langdauernden Abkühlungen dabei ausgesetzt sein.

Bei ganz kleinen Säuglingen von 1—3 Monaten verfährt man so, dass man das Kind vor jeder Mahlzeit zuerst 5, später 10—20 Minuten unter öfteren behutsamen Lagewechsel wohlbekleidet auf dem Arme trägt. Zeitweise Bauchlage dabei ist zur Erleichterung der Atmung sehr wohlthuend.

Ausserdem noch muss dem Kinde Gelegenheit gegeben werden mindestens dreimal täglich nach Entfernung alles beengenden Kleidungsstücke auf einem Polster liegend ungehindert seine Glieder nach Belieben zu dehnen und zu strecken. Auch hierbei soll oft Bauchlage eingenommen werden. Schnell, Egeln.

Rezensionen.

Einunddreisigster medizinischer Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitales in Bern während der Jahre 1896/97 von Prof. Dr. M. Stoos. Bern, Schmid und Franke, 1898.

Von den schon seit Demmes Zeiten mit Interesse verfolgten Berichten über das Jenner'sche Kinderspital in Bern liegt der von dem jetzigen Leiter verfasste 31. vor, welcher sich auf die Jahre 1896 und 1897 erstreckt. Ausser den üblichen tabellarischen Uebersichten enthält er, wie seine Vorgänger, eine Anzahl interessanter casuistischer Mittheilungen. Die erste betrifft die Aetiologie der Chorea minor: Ein 13jähr. Mädchen ging an Chorea, welche sich seit 3 Wochen nach einem acuten Gelenkrheumatismus eingestellt hatte, zu Grunde. Die Sektion ergab frische Endocarditis, intensive Hyperämie der Hirnhäute

und der Hirnsubstanz. Die bakteriologische Untersuchung des intra vitam durch Aderlass gewonnenen Blutes fiel negativ aus. Post mortem angelegte Nährböden und Deckglastrockenpräparate aus Gehirn, Milz, Leber und Herz ergaben gleichfalls „mikroskopisch nichts Bestimmtes." Dagegen fanden sich in den aus dem Herzblute angelegten Culturen Streptococcenkolonien. Da die Entnahme des Blutes durch den Aderlass auf der Höhe der Erkrankung stattfand, so kann mit Sicherheit angenommen werden, dass die schwere Chorea nicht durch Bakteriaemie erzeugt wurde, dagegen neigt St. zu der Annahme, dass sie durch Streptococcentoxine bedingt war. Indem St. weitere 42 Choreafälle einer Kritik unterzieht, von denen 42 resp. 53 % in Beziehung zum Rheumatismus standen, kommt er zu folgenden Schlüssen: Die typische Chorea ist in der überwiegenden Zahl der Fälle in Beziehung zu einer infektiösen Noxe zu bringen. Die Noxe braucht nicht eine einheitliche zu sein. Rheumatismus in erster Linie, Infektionskrankheiten wie Scharlach, Masern, Influenza können Chorea hervorrufen. In einer Anzahl von Fällen dürfte es sich auch um Autoinfektionen oder Autointoxikationen handeln. Ohne eine „nervöse Prädisposition" ist das Auftreten der Chorea sehr selten.

Die 2. Mittheilung betrifft ein Kind von 6 Monaten, welche ohne nachweisbare Lues mit Icterus, Oedemen und Ascites erkrankt war und bei dem sich durch die Autopsie 1. Fehlen der Gallenblase; 2. Fehlen resp. Obliteration der Gallengänge; 3. vorgeschrittene Lebercirrhose gefunden hatte. St. stellt sich bei der Epicrise des Falls auf den Standpunkt, dass die congenitale Obliteration der Gallenwege auf einem Entwickelungsdefekte beruht und die Lebercirrhose sich sekundär entwickelt habe. Ueber die Verwendung von Tannigen und Tannalbin bei den Diarrhöen der Kinder fasst St. seine Erfahrungen im 3. Essay dahin zusammen, dass die Präparate besonders bei den Diarrhöen wirksam sind, deren acutes Stadium nicht in völlige Heilung übergehen will. In 2. Linie folgen die subacuten und chronischen Fälle, während acute Durchfälle zunächst am besten nicht mit diesen Adstringentien behandelt werden. Tannalbin erschien ihm noch zuverlässiger als Tannigen. Die zwei folgenden Artikel haben mehr epidemiologisches Interesse. In dem einen bespricht Autor eine Rubeolenepidemie, im zweiten eine influenzaartige Erkrankung unter den Kindern Bern's im Winter 1896/97, bei welcher zwar stets reichlich Pneumococcen, nie aber der Influenzabazillus Pfeiffers gefunden wurde. St. neigt infolgedessen der Filatow'schen Anschauung zu, nach der es eine epidemische und eine endemische Grippe bei Kindern giebt. Letztere, die eigentliche Kindergrippe lässt sich von echter Influenza klinisch trennen 1. durch das vorzugsweise Befallen von Kindern, 2. durch die Tendenz, mehr an einer Lokalität zu haften, 3. durch die gleichmässige und gutartige Erscheinungsform, 4. durch das Ausbleiben der mannigfachen Influenzakomplikationen und 5. durch den bakteriologischen Befund. Der vorletzte Abschnitt behandelt das regelmässige Vorkommen von Diphtherie- resp. Pseudodiphtheriebazillen bei gewöhnlichem Schnupfen des Kindes. In 72 von 75 darauf untersuchten Fällen wurde durch die Kultur ein dem Diphtheriebacillus entsprechender Mikroorganismus gefunden. Durch diesen Befund erwachsen der Diagnose von Nasendiphtherie namentlich bei Säug-

liegen neue, ungeahnte Schwierigkeiten, die wohl nur durch die Prüfung der Bazillen auf ihre Virulenz zur Zeit beseitigt werden können. Als letzten Fall beschreibt St. einen behaarten Polyp des Rachens bei einem 6monatlichen Kinde, der mit Erfolg operativ entfernt wurde. C. Baron, Dresden.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Anmerkungen zur Behandlung des Keuchhustens mit Bromoform. Von M. Cohn. Für die Inkonstanz der Bromoformwirkung in einzelnen Fällen, in einzelnen Epidemien findet Verf. eine Erklärung vielleicht darin, dass der Keuchhusten möglichenfalls in einer Reihe von Fällen durch einen anderen Organismus als den von Ritter gefundenen Bacillus ausgelöst wird. Bisweilen mag auch eine Mischinfektion vorliegen, konnte doch Ritter selbst nicht in allen Fällen den Erreger züchten. — Zur Vermeidung von Vergiftungserscheinungen empfiehlt Verf. eine Emulsion, welche tagelang sich hält ohne Ausscheidung von Bromoform, vorausgesetzt, dass bei der Herstellung die Vorschrift genau befolgt wird. Bromoform 0,5—2,0 wird in gleicher Menge wasserfreien Alkohols gelöst, um einen Verlust an Bromoform durch Haften am Gefäss zu verhindern. In 3—6 Intervallen trockene Verreibung mit 5,0—20,0 Gummi arabic., langsamer Zusatz von Wasser und Bereitung eines dicken Schleims, allmähliches Zugiessen von 100,0 Wasser und 20,0 Sirup. Cort. Aurant. Die Zubereitung muss möglichst schnell geschehen, um Verflüchtigung des Bromoforms zu vermeiden. Selbst wenn ein Gebrauch der Medicin für längere Zeit nothwendig ist, empfiehlt sich nicht die Anfertigung grösserer Mengen auf einmal, weil durch das häufige Oeffnen der Flasche der Inhalt an Bromoformgehalt zu verlieren scheint. (Therap. Monatschr. 99).
v. Boltenstern, Bremen.

— Zu den periodischen Schwankungen der Infektionskrankheiten (Diphtherie, Beri-beri). Von J. H. F. Kohlbrugge. Einen Analogiebeweis zu der Behauptung, dsss die Abnahme der Diphtheristerblichkeit nicht dem Serum, sondern der periodischen Abnahme der Krankheit zuzuschreiben ist, wie sie aus meist unbekannten Gründen häufig im Laufe der Jahrhunderte bei allen Infektionskrankheiten beobachtet worden ist, bringt Verf. in den Erfahrungen bei Beri-beri auf Java. Das Diagramm, welches die Erkrankungen im Heere von 1873 bis 1897 berücksichtigt, zeigt, dass die Beri-beri unter den Europäern bis 1884 ziemlich gleichmässig sich hielt, dann plötzlich anstieg, um von 1888 an wieder zu sinken, aber immer noch höher zu bleiben, als vor 1884. Erst 1896 sinkt die Kurve ein wenig, 1897 gauz plötzlich in stärkerem Maase und noch mehr 1898. Diese Abnahme trat ein, ohne dass die Pläne, welche zur Desinfektion, zur prophylaktisch-diätetischen Behandlung, zur schnellen Evacuation Erkrankter ins Gebirge gemacht waren, zur Ausführung und Wirkung gelangt waren. Die Abnahme ist jetzt so bedeutend, dass einem 1898 im Gebirge errichteten Sanatorium für europäische Beri-berikranke fast die Patienten fehlen. Zwischen der Kurve der Europäer und Asiaten besteht ein erheblicher Unterschied, weniger, weil letztere weit häufiger erkranken, sondern weil die Zahl der Erkrankungen unter ihnen weit früher den Anstieg, viel später die Ab-

nahme zeigte. Die Europäer wurden erst ergriffen, als die unbekannten Faktoren, welche die Zunahme der Krankheit bedingten, ihren Höhepunkt erreicht hatten. (Therap. Monatsschr. 99).

v. Boltenstern, Bremen.

2 Fälle von Leberhydatidencyste bei Kindern. Von Audion. Beide Fälle, ein 13 jähriges Mädchen und ein 9 jähriger Knabe, zeigten das pathognomonische Symptom des Hydatidenschwirrens in ausgesprochener Weise; jedoch enthielt die eine Cyste nur zwei kleine Blasen sekundärer Generation, die andere aber eine beträchtllche Anzahl von Trichterblasen jeder Dimension, in beiden Fällen enthielt die Cyste die beträchtliche Menge vonüber 1 Liter Flüssigkeit. In beiden Fällen erfolgte die Heilung nach der Operation vollständig. Verf. kommt bei der Besprechung der Pathogenese des Hydatidenschwirrens nach Aufzählung der verschiedentlich seit dem Entdeckungsjahr des Phänomens 1813 aufgestellten Theorien zu dem Schlusse, dass eine Reihe von Bedingungen sich vereinigen müssen, um dessen Zustandekommen zu bewirken: genügende Dünne der Wände, beträchtliches Volumen, oberflächliche Lage der Cyste, dünnflüssige Beschaffenheit der Cysten und mittlere Spannung derselben. Wegen dieser zahlreichen Bedingungen wird das Phänomen nur selten am Krankenbett beobachtet. Klautsch-Halle a. S.

Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.
Beta-Naphthol. 4,0
Camphor.
Glycerin aa. 16,0
MDS. Tonsillen und Rachen mehreremale tgl. zu bepinseln.
Scarlatina.
(Med. News.)

Rp.
Ol. Jecor. flav. 150,0
Ol. Eucalypt. aeth. gtt. II.
DS. aromatischer, geschmackloser Leberthran.
(Duquesnel.)

Rp.
Zinc. oxydat. 4,0
Acid. carbol. 0,6
Vaselin alb. 30,0
Mf. ungt. DS. zur Tamponbehandlung.
Otitis externa furunculosa.
(Lamann.)

Rp.
Berberin. sulfur. solubil. 2,0
Tct. Chin. compos. 15,0
Tct. Aurant. Cort. 2,0
Syr. simpl. 18,0
MDS. 5 stdl. 1 Kaffeel.
Leucämie u. Pseudoleucämie.
(Litten.)

Rp.
Difluordiphenyl. 1,0
Adip. lan. anhydr. 17,0
Ungt. Vasel. 2,0
Mf. ungt. DS. äusserlich (= Antitussin).
Keuchhusten, Hals- u. Rachen-Krankheiten.
(Mercks Jahresbr. f. 1898.)

Rp.
Fluorxylol. 0,2
Difluordiphenyl. 0,8
Adip. lan. anhydric. 17,0
Ungt. Vaselin. 2,0
Mf. ungt. DS. äusserlich (= Epidermin).
Decubitus, Brandwunden.
(Ibid.)

Druck von Hermann Schmidt, Leipzig-Schönefeld.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 3836) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

X. Jahrg. **Juli 1899.** **Heft 7.**

Aus der Vulpius'schen Orthopädisch-Chirurgischen Heilanstalt in Heidelberg.

Die Orthopädisch-Chirurgische Behandlung der spinalen Kinderlähmung.*)

Von Privatdocent Dr. Oscar Vulpius (Heidelberg).

In raschem Ansturm wurde die traditionelle Therapie auf einem Gebiet der Orthopädie nach dem andern umgestürzt, durch neue, leistungsfähigere Methoden ersetzt. Dem Kapitel der Lähmungen wendet sich neuestens erst das Interesse zu, weshalb ich in kurzem hier schildern möchte, was die moderne Orthopädie gegen die häufigste Form der Lähmung, die sogen. spinale Kinderlähmung zu leisten sich bemüht, auf welche Weise und mit welchem Erfolge vorgegangen wird.

Nur eben erwähnen möchte ich die Wichtigkeit prophylaktischer orthopädischer Behandlung: Massage und Gymnastik, namentlich auch neuerdings die Uebungstherapie, möglichst bald nach Eintritt der Lähmung einsetzend, müssen die paretischen Muskeln kräftigen, so lange bis

*) Nach e. auf d. mittelrhein. Aerztetag in Hanau 1899 gehaltenen Vortrag.

deren definitives Schicksal als besiegelt zu betrachten ist. Einfache Schienen, zweckmässige Lagerung der Gelenke vermögen das Eintreten von Kontrakturen hintanzuhalten.

Nach längstens 1 Jahr ist der Zustand hinsichtlich der Muskelwiederherstellung als abgechlossen zu betrachten, und eine doppelte Aufgabe liegt nun klar vor uns: Einmal gilt es, den Funktionsdefekt auszugleichen, zweitens sekundäre Deformitäten zu beseitigen und ihren Wiedereintritt zu verhüten.

Wichtiger ist es natürlich, aber auch weit schwieriger — den ersten Teil der Aufgabe möglichst vollkommen zu erledigen, denn in dem Funktionsverlust, einerlei ob derselbe ein totaler oder partieller ist, steckt die Ursache der Deformität und ihres Rezidivs.

Es gilt also zu untersuchen, in wie weit unsere verschiedenen Heilverfahren diesem Postulat der Funktionswiederherstellung gerecht werden können, um hieraus ihren Wert zu erkennen, ihre Indikationen abzuleiten.

Die Apparatbehandlung ist das älteste Verfahren, um den ihrer muskulären Fixation verlustig gegangenen Gelenken die Gebrauchsfähigkeit wiederzugeben. Die mechanische Therapie hat sehr erhebliche Fortschritte gemacht, welche den Apparaten erhöhte Bedeutung zu verschaffen geeignet waren. Und zwar ist es das Prinzip der Modellhülse, welchem dieser Fortschritt zu verdanken ist. Indem wir den Apparat nicht mehr mit einschneidenden Gurten, sondern mit exakt den Kontouren der Extremität angepassten Hülsen am Körper befestigen, sichern wir ihm festen Sitz, zuverlässige Wirkung, geringe Schädigung des Blutumlaufs, der Muskelernährung. Ein derart konstruierter Apparat vermag sehr wohl ein gelähmtes Bein so zu stützen, dass es seine Aufgabe als Lokomotionsorgan wieder erfüllt, er vermag auch bis zu einem gewissen Grad sekundäre Deformität zu verhüten.

Aber frei von Nachteilen und Unannehmlichkeiten ist auch der beste Apparat nicht: Auch unter einer Hülse sehen wir die Extremität abmagern, wenn gleich nicht in so erschreckender und oft schmerzlicher Weise wie im alten Gurtapparat. An einer bereits paretischen Extremität aber bedeutet auch eine kleine Einbusse an Muskelmenge, die durch unsere Therapie zu stande kommt, einen bedeutenden Verlust. Der Apparat bedingt ferner eine Beschwerung der vermindert leistungsfähigen Extremität, und je leichter wir den Apparat konstruieren, um so weniger solide muss er gearbeitet sein, um so mehr wird er für den Träger eine Qnelle dauernden Verdrusses und dauernder Kosten. Endlich aber wirkt ein solcher Apparat als Stütze nur auf Kosten der Gelenkigkeit. Wir dürfen die Gelenkscharniere nur in kleinen Grenzen beweglich machen, auch wenn wir in Gestalt von Gummizügen künstliche Muskeln herzustellen uns bemühen. Mehrachsige Gelenke sind vollends unmöglich anzubringen.

Nach all dem Gesagten sind also die Apparate wohl im stande, namentlich in ihrer modernen Gestalt, einen Ersatz für einzelne wichtige Funktionen zu liefern, nicht aber die Wiederherstellung der ursprünglichen Funktion auch nur annähernd zu erzielen.

Dabei haften ihnen Nachteile an, die sich im Laufe der Zeit immer fühlbarer machen und leider nicht zu beseitigen sind.

Handelt es sich gar bereits um sekundäre Kontraktur, so ist der

Apparat fast wertlos, da ein solcher wohl eine günstige Gelenkstellung festzuhalten, aber nicht zu erzwingen vermag. Hier kommt vielmehr die gewaltsame Dehnung der verkürzten Weichteile, die subkutane oder offene Durchtrennung von Muskeln, Sehnen, Fascien in Betracht.

Behandeln wir nicht mit Verbänden und Apparaten nach, so ist das Rezidiv sicher zu erwarten. Lässt sich auch durch die Beseitigung eines paralytischen Klumpfusses, einer Kniekontraktur der Wert des Beines als Stütze erhöhen, so hat doch das Redressement und die Weichteildurchschneidung für die Wiederherstellung der Funktion im eigentlichen Sinne keine Bedeutung.

Ja, diese durchaus berechtigten und nötigen Eingriffe können durch Ueberdehnung der Gelenkkapsel- und Bänder zur Erschlaffung der Gelenke, durch die Verwundung von Sehnen und Muskeln — bei teilweiser Lähmung sind ja gerade die gesunden Muskeln der Sitz der Kontraktur — znr weiteren Schwächung Veranlassung geben.

Da die orthopädischen Apparate, wie oben ausgeführt wurde, ihre Wirkung bei der spinalen Kinderlähmung der Gelenkfeststellung verdanken, so lag der Gedanke nahe, die Gelenke zu versteifen durch eine Operation, wodurch die mit dem Tragen eines Apparates verbundenen Nachteile vermieden werden.

Die Arthrodese, eine sehr schonend ausgeführte Resektion, wurde an einer Reihe von Gelenken erprobt, teils zur Beseitigung von Schlottergelenken, teils zur Verhütung der Rezidivs redressierter Deformitäten. Strenge Asepsis macht den Eingriff ungefährlich, schwächt aber auch seine Wirksamkeit, indem die reizlose Heilung die Ankylosirung oft nur unvollständig zu stande kommen lässt. Dadurch wird nicht nur die Stützfunktion des operierten Beines beeinträchtigt, sondern zugleich der Grund gelegt zu einer späteren Kontraktur. Ob man diese häufige nachträgliche Störung des Resultates durch Drahtnaht oder Nagelung stets vermeiden kann, erscheint zweifelhaft.

Jedenfalls ist eine Sicherung der guten Stellung durch eine einfache Hülse angezeigt, sodass wir zunächst auch nicht weiter sind als bei einfacher Apparatbehandlung, dagegen ein an sich gesundes Gelenk für immer zerstört haben.

Weit entfernt sind wir gewiss von einer Wiederherstellung der Funktion geblieben, wir haben eigentlich nur einen pathologischen Zustand durch einen anderen ersetzt. Dafür hat aber die Arthrodese vor der Apparatbehandlung mancherlei voraus, es fallen namentlich alle Cirkulationsstörungen weg, man sieht oft energischeres Wachstum vom Zeitpunkt der Operation an eintreten. Mit diesen Ausführungen soll die Arthrodese nicht verurteilt, aber auf ein wohlüberlegt beschränktes Gebiet eingeengt werden.

Wirklich rationell im Sinn der Funktions-Wiederherstellung ist nun die Sehnenüberpflanzung, welche die gelähmten Muskeln durch gesunde Muskeln oder Teile derselben zu ersetzen sucht. Unter dem Schutz strengster Asepsis können wir Sehnen und Muskeln ausgiebig freilegen und nun nach Feststellung des von Fall zu Fall verschiedenen Operationsplanes die Verteilung und Verlagerung, die Verflechtung und Vernähung von Sehnen vornehmen.

Auf Einzelheiten der Technik kann hier nicht eingegangen werden. Dagegen sei darauf hingewiesen, dass auch totale Lähmung der Ueber-

pflanzung kombiniert mit Sehnenverkürzung sich zugänglich zeigt, indem ein Zustand von tendinöser Fixation des betr. Gelenkes erzeugt werden kann.

Handelt es sich bereits um Kontrakturen, Deformitäten, so muss deren Beseitigung durch Redressement, Tenotomie natürlich der Transplantation vorangehen. Unter dem Einfluss der durch Ueberpflanzung wiedergewonnenen normalen oder der Norm mehr weniger sich nähernden Funktion erwarten wir dann die Umbildung der deformierten Knochen.

Von unserem Standpunkt aus beurteilt kann aber ein Zweifel nicht bestehen, das die merkwürdigerweise erst in der allerjüngsten Zeit bekannt gewordene und häufiger geübte — ich selbst verfüge über 85 eigene Operationen — Sehnenüberpflanzung die vorzüglichste Behandlungsmethode der spinalen Kinderlähmung darstellt.

Wir wollen nun die Anwendung der verschiedenen Methoden an den einzelnen Gelenken kurz besprechen.

Am Schultergelenk kommt es bekanntlich in Anschluss an die Lähmung zu einer Subluxation des Humeruskopfes. Unter der Voraussetzung, dass die Schultergürtelmuskulatur gesund geblieben ist, können wir durch die Arthrodese und nur durch diese die Subluxation beseitigen, den Kopf an der Cavitas glenoidalis und am Acromion befestigen und dadurch eine Einwirkung der Schultergürtelmuskeln auf den Arm erzielen. Hier ist die Arthrodese die einzig erfolgreiche Methode, es ist zu verwundern, dass sie nicht für das Schultergelenk mehr empfohlen und in Anwendung gezogen worden ist.

Am Ellbogengelenk ist der Versteifung durch Operation entschieden diejenige durch einen kleinen Hülsenapparat vorzuziehen, der die Feststellung des Gelenkes in beliebigem Winkel gestattet je nach der Art der Beschäftigung.

Für das Handgelenk ist weniger aktive Beweglichkeit als günstige Stellung von Wichtigkeit, nämlich eine mässige Dorsalflexion, welche vermehrte Kraft des Faustschlusses gestattet. Diese Position lässt sich sehr gut durch Ueberpflanzung und Verkürzung von Sehnen erzeugen, so dass bei Radialislähmung die Transplantation die Operation der Wahl darstellt.

Bei partieller Lähmung von Flexoren und Extensoren der Fingergelenke ermöglicht die gleiche Operation Ersatz von gesunden Nachbarsehnen her in ausserordentlich viel vollkommenerer Weise als kompliziert gebaute Apparate.

An der unteren Extremität giebt die spinale Kinderlähmung dem Orthopäden häufiger Gelegenheit zum Eingreifen als am Arm.

Die Lähmung des Hüftgelenkes bedingt nicht so erhebliche Störungen, wie man erwarten möchte. Das Bein ist doch als Stütze zu gebrauchen, es kann pendelnd vorgesetzt werden.

Ein Apparat verschlechtert gewöhnlich das Gehen, indem er die Schleuderbewegung des Rumpfes hemmt. Die operative Versteifung der Hüfte schafft ebenfalls einen höchst lästigen Zustand. Nur starke Kontrakturen oder die seltene paralytische Luxation lassen also hier einen Eingriff gerechtfertigt erscheinen.

Das Gleiche gilt für das Kniegelenk, das durch eine minimale Ueberstreckung trotz kompleter Lähmung seiner Muskeln eine sichere

Stütze bilden kann. Bei hochgradiger Kapselerschlaffung bildet sich allerdings bisweilen ein übermässig starkes genu recurvatum aus.

Dieser Zustand sowie die dauernde Neigung zu Beugekontraktur in Folge erheblicher Kraft in den Flexoren kompleter Lähmung des Quadriceps rechtfertigt die Arthrodese. Ueber den Wert der Ueberpflanzung auf den letztgenannten Muskel sind die Erfahrungen noch nicht genügend gross.

Für das Sprunggelenk endlich ist die Transplantation das beste Verfahren, das gerade hier die schönsten Erfolge zeitigt. Auch bei kompleter Lähmung hat die Sehnenoperation vor der Arthrodese mancherlei voraus. Wir werden also nur zu wählen haben zwischen ihr und, falls eine Operation verweigert wird, dem artikulierten Hülsenapparat mit beschränkter Beweglichkeit.

Schliesslich seien noch kurz die orthopädischen Hülfsmittel erwähnt, welche die oft erheblichen Wachstumsverkürzung an der unteren Extremität auszugleichen vermögen. Abgesehen von der schiefen Osteotomie, die hier kaum in Betracht kommt, ist es der künstliche Spitzfuss, der eine Verlängerung des Beins bis um 10 cm. erzeugen kann.

Diese Stellung des Fusses kann entweder durch Operation, durch die Keilresektion mit hinterer Basis aus der Fusswurzel nach Wladimiroff-Mikulicz herbeigeführt werden oder durch einen geschickt gearbeiteten Doppelstiefel, der auch kosmetisch Vorzügliches leistet, indem der Ueberschuh durchaus normale Fussverhältnisse vortauscht.

Die kurze Skizze dürfte wohl zeigen, dass auch auf dem Gebiet der spinalen Kinderlähmung moderne Bestrebungen vorhanden sind, welche Erfolge bereits gegeben haben und weitere in Aussicht stellen.

Der Tuberkulose-Congress in Berlin und seine Bedeutung für die Bekämpfung der Skrofulose und infantilen Tuberkulose.

Von Dr. E. Vollmer (Bad Kreuznach).

Wer Gelegenheit gehabt hat, dem im Mai dieses Jahres in Berlin abgehaltenen Congresse zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit beizuwohnen, wird sich wohl der Empfindung nicht haben verschliessen können, dass derselbe eine grossartige Kundgebung socialer Hygiene war. Es gipfelten alle Verhandlungen nicht in theoretischen Erwägungen, sondern überall wurde in erster Linie die praktische Frage gestellt: Wie ist der grossen Not der Tuberkulose beizukommen, wie können die Leiden der ausgebrochenen Krankheit gelindert, wie kann dieselbe gänzlich verhütet werden?

Es ist nun in hohem Grade erfreulich, dass die Verhandlungen sich nicht bloss auf die Fürsorge für die Erwachsenen erstreckt haben, sondern dass auch bei dieser Gelegenheit wieder von hervorragender und autoritativer Seite betont worden ist, dass die Prophylaxe in der Jugend zu beginnen hat und dass vor allem die Kinder vor der Gefahr tuberkulös infiziert zu werden, geschützt werden sollen. Nun ist ja ge-

wiss die Entfernung etwa tuberkulös erkrankter Familienväter oder erwachsener Brüder aus der Familie und ihre Unterbringung in den Volksheilstätten für Lungenkranke, deren ja nun im deutschen Reiche aller Orten entstehen sollen, auch eine Maassregel, die die Kinder einer solchen Familie vor der Erkrankung schützt. Aber das ist ein Schutz vor der Infektion. Wie steht es um die Fürsorge für die erkrankten Kinder?

Diese hochwichtige Frage auch würdig behandelt zu haben, ist ein grosses Verdienst des Congresses. Es handelt sich bei der beabsichtigten Fürsorge für tuberkulös Erkrankte ja immer um die weniger Bemittelten und der ganze Zweck des Congresses war der, gerade diesen die Behandlungsweise, die den Bemittelten in den grossen Lungen-Sanatorien schon lange möglich ist, zu erschliessen. Das Heil und die einzige Möglichkeit der vorgerückten Phthise beizukommen, liegt ja in der Behandlungsmethode. Das aber gilt in derselben Weise für die infantile Tuberkulose und für die Skrofulose, die ja, wenn nicht in allen Fällen als identisch, doch immer als eine Vorstufe zu der Phthise angesehen werden muss. Es hat sich nun im Laufe der letzten Jahrzehnte herausgestellt, dass die beste Behandlung der infantilen leichten Lymphdrüsentuberkulose und der zahlreichen skrofulösen Hautausschläge die Sool- und Seebäderkur ist und die Humanität hat schon längst den Kindern der social schwächeren Klassen die Möglichkeit erschlossen, der Wohlthaten der Sool- und Seebäder teilhaftig zu werden. Gegenüber der Aufforderung über ganz Deutschland ein möglichst engmaschiges Netz von Lungenheilstätten zu errichten, konnten die Vertreter der Sool- und Seebäder, Geheimrat Prof. Dr. Ewald, Prof. Baginsky und Sanitätsrat Dr. Salomon, die Delegierten des Vereins zur Gründung von Kinder-Heil-Stätten an den deutschen Seeküsten und der Schreiber dieser Zeilen als Vertreter der Kinder-Heil-Stätten in den deutschen Soolbädern und als Delegierter der balneologischen Gesellschaft zu Berlin mit freudiger Genugthuung hervorheben, dass ein solches Netz von Kinder-Heil-Stätten schon existiert, und dass dieser Teil der socialen Fürsorge nur in demselben Sinne weiter gepflegt, aber nicht neu in's Auge gefasst zu werden braucht. Die Kinder-Heil-Stätten in den deutschen Sool- und Seebädern können vermehrt werden, dieselben können ausgebaut, brauchen aber nicht mehr gegründet zu werden. Jede Provinz Preussens und fast jeder Bundesstaat des deutschen Reiches hat eine Kinder-Heil-Stätte für Skrofulöse. Der Anfang dieser segensreichen Bewegung zur Gründung von Kinder-Heil-Stätten ist in England zu suchen und das erste Institut dieser Art war das Kinder-Hospital in Margate, gegründet 1796. In Deutschland war der Begründer ähnlicher Anstalten Dr. Werner in Jagstfeld. Das grösste und am besten eingerichtete Institut besitzt Bad Kreuznach in dem unter dem Protektorate Ihrer Majestät der Kaiserin Friedrich stehenden Viktoria-Stift. Andere Institute sind in Elmen, Nauheim, Dürkheim, Salzdetfurth, Sassendorf, Kolberg, Norderney, Kissingen, Soden a/d. W., kurz in fast allen grösseren Sool- und Seebädern.

Es seien hier noch einige der bemerkenswertesten Thesen, die die Frage der Kinder-Heil-Stätten behandeln, mitgeteilt. Von Geheimrat Prof. Dr. Ewald:

1) Die Kinder-Heil-Stätten bieten die wirksamste Prophylaxe bei den zu Tuberkulose disponierenden Schwäche- und Krankheitszuständen des jugendlicheu Alters.

2) Sie erweisen sich erfolgreich bis zu vollständiger Heilung bei der beginnenden Tuberkulose der inneren Organe, vor allem der Atmungswerkzeuge und bei allen äusseren Localisationen.

3) Die Erfolge sind gleich günstige im Sommer und im Winter und wachsen mit der Dauer des Aufenthaltes.

4) Es ist deshalb in hohem Maasse wünschenswert, dass die Kurperioden, welche bisher im Allgemeinen die Dauer von 6 Wochen nicht überschritten haben, verlängert werden und möglichst unbeschränkt sind. Besonders sollten die Winterkuren im höherem Maasse wie bisher benutzt werden.

Von Prof. Dr. Baginsky:

1) Bei der Tuberkulose der Kinder spielt Infektion durch Contact eine nahezu ebenso grosse Rolle, wie diejenige durch Einatmung; daher ist bei den zutreffenden Einrichtungen der Reinhaltung der Kinder und ihrer Umgebung besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

2) Die Kindertuberkulose ist heilbar. Deshalb ist bei der Behandlung tuberkulöser Kinder nicht auf die Wiederherstellung einer gewissen momentanen Leistungsfähigkeit, sondern auf eine möglichst vollkommene Heilung bedacht zu nehmen. Zu diesem Zwecke ist der Aufenthalt der Kinder in Heilstätten im Allgemeinen auf längere Zeit auszudehnen.

3) Deshalb ist es zweckmässig im Anschluss an die Heilstätten Einrichtungen für einen gesundheitlich gestalteten, dem Heilplan sich anfügenden Schulunterricht zu treffen.

Von Dr. E. Vollmer als Schlusssätze eines Vortrages über die in Sool- und Seebädern bestehenden Kinder-Heil-Stätten und ihre Bedeutung im Kampfe gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit:

1) Die in den Sool- und Seebädern bestehenden Kinder-Heil-Anstalten sind die ersten Institute, durch die sich erwiesen hat, dass der Kampf gegen Tuberkulose und Skrofulose nur in geschlossenen Anstalten mit Erfolg zu führen ist.

2) Die in 48 deutschen Badeorten bestehenden Kinder-Heil-Stätten dienen der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit, weil der Aufenthalt in ihnen für die weniger Bemittelten berechnet ist.

3) Der Kampf gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit würde ein unvollständiger bleiben, wenn man einseitig die Tuberkulose der Erwachsenen zu heilen und nicht vielmehr die Disposition im frühsten Alter günstig zu beeinflussen sich bemühen würde. Dieses Ziel aber verfolgen die Kinder-Heil-Stätten.

Aus diesen Thesen geht zur Genüge hervor, in welcher Richtung sich die Bewegung für die Kinder-Heil-Stätten auszudehnen hat. Diese Fürsorge für die skrofulösen und skrofulo-tuberkulösen Kinder kann nicht hoch genug angeschlagen werden und mit weit grösserem Rechte als die moderne Hygiene in den oberen Gesellschaftklassen aller Art von Sport begünstigt, muss sie Heil-Stätten fordern für die im Sumpfe mangelhafter Pflege erstickenden, tuberkulös erkrankten Kinder des Volkes. An der Kinder-Heil-Stättenbewegung sollte jeder Arzt mitarbeiten, vornehmlich aber die Schulärzte, die das geeignete Material aus der Masse der Kinder aussuchen müssen.

Referate.

Ueber Intubation des Kehlkopfes in der Privatpraxis. Von Jaques. (Wiener med. Blätter No. 19, 1899.)

Die Intubation wurde bisher als nur für Spitalspraxis geeignet angesehen, da die Verstopfung des Tubus und das Aushusten desselben eine fortwährende Ueberwachung erforderten. Erstere tritt aber nach den Erfahrungen des Verf. selten ein; tritt eine plötzliche und vollständige Verstopfung ein, so wird das Kind unruhig und bewirkt durch reflektorische Hustenstösse entweder das Aushusten von Membranen oder häufig auch die Expectoration des Tubus. Um diesen Erfolg zu erleichtern, soll man das Kind gegen den Rand des Bettes so neigen, dass der Kopf in eine tiefere Lage kommt. Auch die Verstopfung des Tubus bezw. das Herabstossen von Membranen während der Einführung des Tubus kommt selten vor. J. beobachtete es unter 90 Fällen 5 mal. Das Aushusten des Tubus ist ein ziemlich häufiger Zufall (in 20% der Fälle). Er empfiehlt, bei Larynxstenose einen dem Alter und der Entwicklung des Kranken angemessenen Tubus zu wählen, denselben sogleich schonend einzuführen und den Faden zu entfernen, bevor man den Kranken verlässt. Der Tubus muss bis zu dem Momente liegen bleiben, wo man annehmen kann, dass die Stenose schon nachgelassen hat. — Dr. Goldbaum, Wien.

Ueber psychische Taubheit. Von Singer. (Demonstration in der österreichischen otologischen Gesellschaft. Nach einem Referate in der Wiener medicinischen Wochenschrift No. 17, 1899.)

In der österreichischen otologischen Gesellschaft stellte S. ein 4jähriges Kind vor, welches bis Mitte Juli 1898 vollkommen normal hörte. An einem Tage dieses Monates bemerkten die Eltern, dass das Kind alle Aufträge, die ihm gegeben wurden, verkehrt ausführe, dass es die eben auf der Strasse vorbeiziehende Militärmusikkapelle nicht mehr höre, auf deren klingendes Spiel es sonst mit grösster Lebhaftigkeit reagierte. S. sah den Knaben Mitte August 1898 zum ersten Male. Der otoskopische Befund ergiebt die äusseren Gehörgänge vollkommen normal, die Trommelfelle normal. Die Lichtreflexe zeigen in Bezug auf Grösse und Gestaltung leichte Abweichungen, sie sind etwas enger und gespalten. Die Lage der Trommelfelle und deren Beweglichkeit sind unverändert. Die Eustachi'shen Ohrtrompeten scheinen gut durchgängig, Die Gehörsaufnahme war bei der Wiederspenstigkeit des Jungen sehr erschwert, so die Aufnahme des Hörens der Uhr ganz unzuverlässig. Grobe Geräusche, wie starkes Pfeifen in seiner Nähe wurden percipiert, denn er wandte sich immer prompt nach der Schallquelle um. Bei wiederholter Stimmgabeluntersuchung machte er ganz präcise Angaben. Er hört dieselben vor dem Ohr ganz gut, auch beim Abtönen. Dagegen scheint die Kopfknochenleitung herabgesetzt zu sein. Diese Untersuchung ist etwas schwieriger, da er das Auflegen der Stimmgabel auf den Scheitel oder sonst an irgend einer Stelle des Schädels unangenehm empfindet und sich dieser Untersuchung zu entziehen sucht. Hohe Töne hört er vor dem Ohre schlechter als tiefe. Bei der Prüfung mit der Harmonika hört er ganz deutlich alle Töne. auch sehr schwach angezogene. Man sieht aus dem Gesichtsausdruck

ganz deutlich das Wahrnehmen des musikalischen Tones. Auch mit dem Hörrohr scheint er leise Gesprochenes zu vernehmen und aus seinen heftigen Abwehrbewegungen vermutete S. auch, dass der verstärkte Schall ihm ein unangenehmes, ja vielleicht schmerzliches Gefühl erzeuge. Wenn man sich allzulange mit seinem Gehör beschäftigt, wird er unwillig, wendet sich energisch ab, versteckt sich und ist nicht zu bewegen, eine Antwort zu geben. Auch seine Aussprache wurde mit dem schlechten Hören zusehens undeutlicher. Bei der Untersuchung des Nasenrachenraumes entdeckte S. kleine, rasenförmig angeordnete adenoide Vegetationen. S. entfernte dieselben, ohne daran zu denken, dass diese geringe Hypertrophie der Luschka'schen Tonsille die Ursache der Erkrankung sein könnte, rein nur in der Absicht, durch einen physischen Eingriff eine psychische Alteration und damit vielleicht einen Einfluss auf das Gehör auszuüben. Der Erfolg stellte sich sehr erwünscht ein. Von diesem Momente an hatte sich das Naturell des Jungen geändert, er wurde übermütig, lustig, hörte die die Musik durch die doppelt geschlossenen Fenster wieder, den Trompetenklang, die Radfahrglocken. Ebenso macht ihm die Mundharmonika grosse Freude und das Kindergeschrei hört er sehr deutlich bei geschlossenen Thüren; überhaupt soll sich, wie der Vater angiebt, das Gehör bedeutend gebessert haben; gewisse ihm konvenierende Fragen, wie: „Willst du Maroni?" „Willst du Würstel?", mässig laut in das Ohr gerufen, hört er, denn er gibt eine freudig bejahende Antwort. Leider hielt diese bedeutende Besserung nicht dauernd an, es traten wieder Verschlimmerungen auf, die allerdings nicht so weit gingen, wie der Gehörsverlust anfangs war. Auch das psychische Verhalten hat sich bedeutend gebessert erhalten, er spricht mit einer mässig lauten, ziemlich ruhigen Stimme, zeigt für Alles grosse Aufmerksamkeit, nur fürchtet er einigermassen die Behandlung und sucht so schleunigst als möglich den Saal zu verlassen.

Diesen Fall sollte man eigentlich nicht als psychische Taubheit auffassen. Patient ist nur schwerhörig. Man sollte solche Fälle eigentlich als psychische Schwerhörigkeit bezeichnen. Man kann nicht von einem Fehlen der Wort- oder Schallperception sprechen, sondern nur von einem schwereren Erfassen. Fälle dieser Art sind nur wenige bekannt. Dieser Casus von plötzlich entstandener, schmerzlos aufgetretener schwerer Herabsetzung des Hörvermögens lässt sich vielleicht in die Gruppe von Erkrankungen reihen, von denen Pollitzer schreibt, „dass zuweilen Lähmungszustände des Hörnerven zur Beobachtung kommen, die mit rascher Ertaubung eines oder beider Gehörorgane mit negativ objectiven Befunde erscheinen, welche mangels eines nachweisbaren causalen Momentes und wegen des Fehlens der sonst häufigen Labyrinthsymptome, wie subjektive Geräusche, Schwindel- und Gleichgewichtsstörungen, sich in keine bestimmte Erkrankungsform einreihen lassen. Ob es sich in solchen Fällen um greifbare anatomische Veränderungen oder blos um eine functionelle Lähmung des Acusticus handelt, lässt sich beim Mangel anatomischer Thatsachen nicht bestimmen. Für das Vorkommen rein funktioneller Störungen würde das rasche Schwinden der Hörstörungen in einzelnen Fällen sprechen."

Dr. Goldbaum-Wien.

La paralysie douloureuse des jeunes enfants. Von L. Bertrand. (Gaz. hebd. de med. et chir. 1899, 21.)

Die Paralysis dolorosa kleiner Kinder ist charakterisirt durch vollständige Impotenz einer Extremität und schmerzhafte Erscheinungen bei Bewegungen. Sie tritt plötzlich, augenblicklich nach leichtem Trauma ein. Bei Kindern im Alter von 8—10 Monaten bemerkt man sie erst nach mehrtägigem Bestehen. Meist treten die ersten Schmerz- und Lähmungserscheinungen in Folge eines brüsken heftigen Zerrens, um das Kind vor einem Fall zu hüten oder beim Aufheben ein. Die Lähmung bezieht sich nur auf die Motilität, ohne dass die Beweglichkeit absolut aufgehoben ist. Nach der Veranlassung ist sie für 24—48 Stunden meist vollständig. Allmählich kehrt die Beweglichkeit zurück und nimmt im gleichen Masse zu, wie der Schmerz nachlässt. Auch die Sensibilität ist nicht vollständig intact, meist besteht Hyperalgesie. In den ersten Tagen hängt die obere Extremität schlaff am Körper herab mit leicht flektirtem und pronirtem Vorderarm. Wird der Arm am Ellenbogen erhoben, fällt die Hand machtlos herab, wie bei einer Extensorenlähmung. Spontan werden Bewegungen nur langsam und beschränkt gemacht aus Furcht vor Schmerz oder weil die Motilität nur in geringem Masse wiedergekehrt ist. Passive Bewegungen sind, abgesehen von den sehr lebhaften Schmerzen, vollauf möglich. Der Schmerz, plötzlich, lebhaft, akut auftretend hält wenigstens 48 Stunden an. Dann zeigt er sich nur bei spontanen oder passiven Bewegungen, besonders bei Supination und Abduktion, ohne dass der Sitz des Schmerzes genau anzugeben ist. Es fehlt jede Deformation, jede anatomische Störung. Allmählich vermindert sich der Schmerz, Motilität und Sensibilität werden im Verlauf von 4—5 Tagen wieder normal. Pathogenetisch kann in manchen Fällen die Ursache eine chirurgische (Knochen-Gelenktrauma) sein. In anderen fehlt jede chirurgische Ursache, besonders eine incomplete Radiusluxation. Es handelt sich lediglich um eine lokale nervöse Störung, um eine Hemmungserscheinung oder eine Lähmung in Folge Zerrung von Nervenfasern. Fehlen chirurgische Veränderungen, bietet die Diagnose keine Schwierigkeiten. Andererseits muss man ein Augenmerk auf Anzeichen von Hysterie haben, welche im Kindesalter nicht nur möglich, sondern auch fähig ist, in Auftreten und Verlauf ebenso brüske Lähmungen zu erzeugen. Meist tritt in 4—8 Tagen spontane Heilung ein. Die Prognose ist daher durchaus günstig. Von einer Behandlung kann kaum die Rede sein.

v. Boltenstern (Bremen).

Versuche mit Backhaus'scher Kindermilch. Von Alfred Kolisko. Aus Prof. Frühwald's Ambulatorium an der Wiener Allgemeinen Poliklinik. (Archiv. f. Kinderheilk. 26. Band 1898.)

Das Verfahren von Backhaus besteht darin, dass durch Zusatz von Trypsin zur Kuhmilch ein der Frauenmilch entsprechender Prozentsatz von vorverdautem, löslichem Albumin erzielt und dann das überschüssige Casein ausgefällt wird. Durch weitere Zusätze wird der Fett- und Zuckergehalt dem der Frauenmilch gleichgestellt und die so gewonnene Milch sterilisiert. Die Milch gelangt in drei Sorten zur Verwendung, entsprechend den verschiedenen Bedürfnissen der Säuglingsperiode.

K. hat die Backhausmilch bei 20 Kindern erprobt, die teils an

Dyspepsie, teils an ausgesprochenem Magenkatarch litten. Die meisten erhielten sie von Anfang an ausschliesslich, einige als Beigabe zur Mutterbrust. Die Resultate waren fast durchweg recht befriedigend. Die Magen- und Darmstörungen schwanden bald, es trat schnelle Gewichtszunahme ein von 18—30 gr. pro Tag und zwar bei Kindern, die ausnahmslos den dürftigsten Verhältnissen entstammten. Die Beobachtungsdauer betrug 2—3 Monate. (Ref. wendet die Backhausmilch seit längerer Zeit an und kann die hier verzeichneten günstigen Resultate bestätigen. In einer grösseren Reihe von akuten und chronischen Erkrankungen des Verdauungstraktes bewährte sie sich fast ausnahmslos. Aber auch meine Beobachtungszeit ging nicht über drei Monate hinaus. Sobald nach definitiver Besserung die Ernährung des Kindes im richtigen Geleise war, kehrte ich zur frischen Kuhmilch zurück, weil ich mich nicht entschliessen konnte, ein durch so mannigfache chemische und mechanische Manipulationen hergestelltes Präparat längere Zeit hindurch zu verabreichen). Dr. Friedmann, Beuthen O.-Schl.

Ueber Myxoedem im frühen Kindesalter. Von Lange. (Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 10.)

L. berichtet kurz über zwei von ihm beobachtete Fälle von Myxoedem bei Kindern. Bei der angeborenen resp. infantilen Form drücken eine Reihe von Momenten dem Krankheitsbild einen ganz besonderen Stempel auf. Es handelt sich um Entwicklungsstörungen in geistiger und körperlicher Beziehung, die um so mehr in die Erscheinung treten, je früher die Erkrankung auftritt.

Von den körperlichen ist es hauptsächlich das gehemmte Längenwachstum, das ins Auge fällt. Es kommt zu echtem Zwergwuchs. Aber auch die Schädelknochen wachsen nicht mit, die grosse Fontanelle kann bis ins späte Alter offen bleiben, die Gesichtsknochen wachsen nur wenig, die Wirbelsäule bleibt schwach, die Kinder können erst sehr spät sitzen, und besonders die Zähne erscheinen sehr spät, zuweilen erst im dritten oder vierten Jahre. Der Leib ist meist froschartig aufgetrieben, sehr häufig findet sich eine Nabelhernie. Die Genitalien bleiben unentwickelt, die Menstruation bleibt aus oder zeigt grosse Unregelmässigkeiten. Auch die geistigen Fähigkeiten entwickeln sich nur sehr langsam resp. bleiben auf der kindlichen Entwicklungsstufe stehen. Oefters besteht nebenbei Reizbarkeit und Jähzorn oder vollständige Idiotie.

Was die Diagnostik des angeborenen Myxoedems anbetrifft, so erscheinen die ausgeprägten Fälle ungemein charakteristisch und ist besonders der Gesichtsausdruck der Kranken untereinander ausserordentlich ähnlich. Anders verhält es sich aber, wenn die Hautverdickung weniger in die Erscheinung tritt. Es ist dieses nicht nur bei den sog. „Formes frustes“ der Fall, sondern es erscheinen auch ohne bekannte Ursache mehr oder weniger periodische Schwankungen des Infiltrationsgrades der Haut stattzuhaben, was L. an seinen beiden Kranken konstatieren konnte. Es ist dann eine Verwechslung mit Rachitis denkbar. Immerhin wird die auffallende Gleichgiltigkeit und Stupidität, der Mange jedes Lächelns oder des Ausdrucks der Freude zu denken geben. Die genauere Untersuchung zeigt dann aber, dass von weiteren rachitischen Veränderungen kaum die Rede ist, besonders ist keine Extremitätenrachitis vorhanden. Ein sicheres diagnostisches Hilfsmittel scheint in der

Röntgendurchleuchtung gefunden zu sein, durch die sich bei Cretinen eine auffallend langsame Verknöcherung resp. eine sehr lange Permanenz des Knorpelteils und zwar speciell der Epiphysenknorpel nachweisen lässt.

Der von verschiedenen Autoren aufgestellten Behauptung, dass die Symptome des Myxoedems resp. des sporadischen Cretinismus sich erst entwickeln können, wenn die Kinder entwöhnt würden und das Myxoedem niemals angeboren sein könne, tritt L. auf Grund der Beobachtungen an seinen beiden Patienten entgegen.

Was die Behandlung anbetrifft, so hat L. anfangs Thyraden-Knoll und Jodothyrin-Bayer, schliesslich nur Thyreoidinum siccum von Apotheker Loewe-Leipzig, das bequem zu dosieren ist, gegeben. Jedenfalls scheint in der grossen Mehrzahl der Fälle eine fortgesetzte oder doch wenigstens intermittierende Behandlung nötig zu sein.

Ueber Euchinin gegen Tussis convulsiva. Von Cassel. (Therap. Monatsh. 1899, Heft IV.)

v. Noorden hat die Unschädlichkeit des Euchinins sowie seinen therapeutischen Heilwert bei Fieberzuständen (hektischem Fieber der Phthisiker, Sepsis, Pneumonien, Typhus abdominalis), ferner bei Neuralgien und endlich bei Tussis convulsiva zuerst festgestellt. Nach seinem Erfahrungen ist 1 gr Chininsalz in Bezug auf seine Wirkung bei Pertussis und bei fieberhaften Zuständen verschiedener Art gleichwertig mit 1,5 bis 2 gr. Euchinin.

C. gab das Euchinin keuchhustenkranken Kindern in Dosen von 0,5 — 1,0 pro die. In Zuckerwasser oder Milch verrührt wurde es anstandslos gern genommen. Nebenwirkungen irgend welcher Art wurden überhaupt nicht festgestellt. Weder Ohrensausen, noch Erbrechen, noch Exanthem oder Collaps wurden hier beobachtet, auch auf die Magenverdauung hatte das Mittel nicht den geringsten Einfluss.

Aus den mitgeteilten Krankengeschichten und Curven ergiebt sich, dass das Euchinin in den uncomplicierten Fällen von Pertussis einen unverkennbar günstigen Einfluss ausgeübt hat Die Zahl der Anfälle wurden bedeutend beeinflusst, die Heftigkeit der einzelnen Attaquen erfuhr einen Nachlass, auch wurde eine Abkürzung des Leidens erzielt. Bei den fieberhaften complicierten Fällen trat eine offenbare Wirkung des Mittels nicht besonders hervor.

Wenn auch das Mittel nicht als Specificum gegen Tussis convulsiva anzusehen ist, so verdient es doch Beachtung, zumal da es auch bei längerem Gebrauch sich als vollkommen gefahrlos erwiesen hat.

Schnell, Egeln.

Ueber den therapeutischen Werth des Heroins. Von H. Leo (Deutsch. med. Wochenschrift 1899 No. 12).

Leo empfiehlt von dem Heroin nie mehr als 0,005 pro dosi zu nehmen und zwar 2—3mal täglich ein Pulver, da er in 2 Fällen mit der Dosis 0,01 üble Erfahrungen machte: Uebelkeit, Schwindelgefühl und sogar ein Ohnmachtsanfall. Die Versuche bei schmerzhaften Affektionen ergaben die narkotisirende Wirkung des Heroins weit geringer als des Morphins und des Codeins: in mehreren Fällen von Ischias, Trigeminusneuralgie, von Pleuritis, von Cardialgie, resp. Ulcus ventriculi und Muskelrheumatismus wurden die Schmerzen entweder gar nicht herabgesetzt

oder der Effekt war nur ein geringer. Aber auch gegenüber dem bei den verschiedensten Erkrankungen des Respirationsapparates erstehenden Reizhusten war die narkotisirende Wirkung des Heroins nicht sehr ecclatant z. B. bei akuter Laryngitis, Bronchitis und bei Phthisis pulmonum. In manchen Fällen wurde der Hustenreiz etwas gemildert, aber die Wirkung stand entschieden hinter der des Morphins und selbst des Codeins zurück.

Ausserordentlich erfreuliche waren dagegen die Erfolge mit dem Heroin bei den verschiedenen Formen von Dyspnoe. Die günstigen Erfolge beziehen sich ausser zwei Fällen, wo die Dyspnoe als Theilerscheinung von Uraemie bei chronischer Nephritis bestand und nur eine kurze Besserung der Athemnot eintrat, auf 8 Fälle von ausgebildetem Emphysem, 15 Fälle von chronischer Bronchitis ohne näher nachweisbares Emphysem mit Dyspnoe und 5 Fälle von Asthma bronchiale. Nur in einem Fall von Emphysem und 2 Fällen von chronischer Bronchitis blieb die günstige Wirkung ganz aus. Bei allen anderen zeigte sich schon nach dem Gebrauch von einem Pulver 0,005 Heroin eine ausgesprochene Besserung. Bei mehreren Fällen war die Wirkung zauberhaft: die Athemnot verlor sich schon nach 1—2 Pulvern ganz, der Husten wurde leichter und die Patienten, die gar nicht oder nur im Sitzen schlafen konnten, waren im Stande, die ganze Nacht im Liegen zu schlafen. Wenn das Mittel bei Emphysem oder chronischer Bronchitis fortgelassen wurde, stellten sich natürlich wieder die früheren üblen Symptome ein, doch dauerte es in manchen Fällen 8—14 Tage, ehe die Patienten nach längerem Gebrauch des Heroins wieder Athemnot bekamen. Wenn nach dem Gebrauch des Heroins sich die Athemnot verminderte, aber zugleich die Expectoration erschwert wurde, gab L. mit sehr gutem Erfolg gleichzeitig Jodkalium. Diese Kombination wird auch von Schwalbe empfohlen.

Das Heroin muss als spezifisches Mittel bei den mit Dyspnoe einhergehenden Erkrankungen, der Bronchien und beim Emphysem betrachtet werden und kann unter günstigen Umständen nicht nur symptomatisch wirken, sondern auch zu einer wirklichen Heilung der von der Bronchialschleimhaut ausgehenden mit Dyspnoe verbundenen Erkrankung führen. Drews-Hamburg.

Weitere Mittheilungen über therapeutische Versuche mit Heroin.
Von Holtkamp. (Deutsche med. Wochenschrift 1899 Nr. 14.)

Verf. hat das Heroin in über 180 Fällen, und zwar 122 Fällen von akuten und chronischen Laryngitiden und Bronchitiden, 12 Fällen von Pleuritis mit furchtbar quälendem Reizhusten und heftigem Seitenstechen, 5 Fällen von Keuchhusten, 7 Fällen von Ischias und Muskelrheumatismus, 13 Fällen von Cardialgie, 23 Fällen von heftigen Schneiden bei der gastro-intestinalen Form der Influenza und 5 Fällen von allgemeiner Nervosität und nervöser Schlaflosigkeit, bei Patienten jeden Alters und Geschlechts und der verschiedensten Körperkonstitution, vom schwächlichen Kinde, dem robusten Manne bis zum decrepiden Greise, mit ausgezeichneten Erfolgen und ohne Nebenwirkungen und schädlichen Erfolgen angewendet.

Bei den akuten Laryngitiden und Bronchitiden Erwachsener liess er 3 mal täglich 0,005 nehmen, in schweren Fällen, wo besonders die Nachtruhe in Folge des Hustens gestört war, wurden im Laufe des Vor-

und Nachmittags je 0,005 und Abends gegen 10 Uhr 0,01 gegeben, worauf dann eine sehr gute Nacht erfolgte mit ruhigem tiefem Schlaf und vollkommenem Wohlbefinden beim Erwachen.

Bei den akuten Erkrankungen und bei Influenza waren dann regelmässig nach 3—4 Tagen die Erscheinungen verschwunden. In 5 Fällen wurde bei stark hustenden fiebernden Phthisikern Abends 2 mal 0,005 innerhalb 2 Stunden gegeben, worauf Ruhe eintrat, die Temperatur um 0,6—1,3 herabsank und die nächtliche Schweisssekretion sich verminderte.

Bei 10 Fällen von Pleuritis sicca wirkte das Heroin sehr prompt. Bei 5 Kindern im Alter von 2—7 Jahren mit Keuchhusten wurden 3 mal täglich 0,0005 — 0,002 Heroin gegeben und trat nach 2 Tagen bei 4 Kindern ein bedeutendes Nachlassen der Anfälle in Bezug auf Häufigkeit wie auch Intensität ein. Bei 2 Fällen von schwerer rechtsseitiger Ischias mit allgemeiner Prostration und Schlaflosigkeit brachten 0,0025 alle 2 Stunden und 0,01 Abends 10 Uhr gegeben ruhige Nächte und Verminderung der Schmerzen und nachdem vom dritten Tage an nur jeden Abend 0,01 Heroin gegeben wurde, Heilung nach 6—7 Tagen. Bei Muskelrheumatismus war die analgetische Wirkung deutlich, aber nicht ecclatant spezifisch gegenüber anderen Medikamenten, dagegen bei 13 Fällen von Cardialgie bei viel geringeren Dosen viel schneller, stärker und anhaltender als bei Morphium. Bei 5 Fällen von allgemeiner Nervosität und nervöser Schlaflosigkeit bewirkte das Heroin als vorzügliches Sedativum in 3—4 Tagesdosen à 0,005 körperliche und geistige Ruhe, bessere Stimmung und tiefen, gleichmässigen erquickenden Schlaf.

Verf. hält das Heroin dem Morphium weit überlegen an Promptheit, Schnelligkeit und Sicherheit der Wirkung, vor allem aber durch das Fehlen übler Nebenwirkungen und Folgen, natürlich bei nicht zu grossen Dosen, im allgemeinen nur derjenigen des Morphiums.

Drews-Hamburg.

Ueber den Werth des Albumosen und Peptone für die Ernährung. Von Voit (Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 6).

Unter Albumosen und Peptonen versteht man bekanntlich Abkömmlinge der Eiweisskörper, welche in der Einwirkung der Verdauungsenzyme auf die letzteren, durch hydrolytische Spaltung entstehen. Durch die Pepsinverdauung wird das Eiweiss nicht so stark verändert als durch die Trypsinverdauung. Bei der ersteren bilden sich verschiedene Albumosen und das Amphopepton Kühne's, bei der letzteren entsteht neben Hemipepton das aus verschiedenen einfacheren Verbindungen zusammengesetzte Antipepton Kühne's und die Amidosäuren Leucin, Tyrosin und Asparaginsäure.

Die ersten Verdauungsprodukte, die Albumosen und Peptone erfreuen sich nun einer besonderen Wertschätzung und man begegnet der Anschauung, sie besässen einen höheren Nährwert als das Eiweiss. Im günstigsten Falle können sie nur dem Eiweiss gleichwerthig sein, denn Stickstoffgehalt und Calorienwerth sind die gleichen.

Vor allem, fragt es sich nun, ob der Körper, wenn man das Eiweiss der Nahrung durch Albumosen oder Peptone ersetzt, ebenso wie vorher auf reinem stofflichen Bestand erhalten werden kann. Durch neuere Untersuchungen ist festgestellt worden, dass die künstlichen Albumosen dem Eiweiss in dieser Hinsicht gleichwertig sind, ebenso das

Amphopepton. Das bei der künstlichen Pankreasverdauung entstehende Antipepton kann dagegen das Eiweiss nicht vollständig vertreten. Allerdings ist das letztere für die Ernährung nicht wertlos, denn es wirkt eiweissersparend, indem es an Stelle des Eiweisses verbrennen und als Kraft- und Wärmequelle dienen kann. Nur zum Ersatz des verloren gegangenen Organeiweisses ist es untauglich.

Der Wert eines Nahrungsmittels ist ferner wesentlich beeinflusst durch die Ausnützung im Darm. In dieser Beziehung stehen die Albumosen und Peptone weit unter dem unveränderten Eiweiss, wie wir es in den animalischen Eiweissträgern, Fleisch, Eiern und Milch verzehren, zurück. Werden die ersteren in grösserer Menge gegeben, so treten Durchfälle auf; dadurch wird nicht nur ihre eigene Ausnützung eine sehr schlechte, sondern auch diejenige der übrigen mit ihnen eingeführten Nahrungsstoffe. Deshalb darf man derartige Präparate nur in verhältnismässig sehr kleiner Dosis verabreichen. Meist lassen sich von der Somatose z. B. nicht mehr als 20 g, in 3—4 Portionen verteilt, einem Menschen im Tag beibringen; nach wenigen Wochen wird auch diese geringe Quantität nicht mehr genommen. Es tritt Abneigung, selbst Ekel vor dem Präparat ein. 20 g Somatose aber entsprechen 16 g Eiweiss. Endlich ist auch dem hohen Preise derartiger Präparate Beachtung zu schenken. Die erste Frage also, ob die Albumosen und Peptone dem Eiweiss gleichwertig erachtet werden können, muss demnach mit einem entschiedenen „Nein" beantwortet werden.

Die zweite Frage ist die, ob nicht bei der Krankenernährung Umstände eine Rolle spielen können, die die Anwendung der Albumosen und Peptone angezeigt erscheinen lassen. Hier verordnet man sie in der Absicht, den geschwächten Magen oder Darm dadurch zu entlasten, dass man ihnen die Verdauungsarbeit durch Einführung von schon verdautem Eiweiss theilweise oder vollständig abnimmt. Nun ist nachgewiesen, dass zur Resorption eine Peptonisierung alles eingeführten Eiweisses durchaus nicht notwendig ist, da auch unverändertes gelöstes Eiweiss resorbiert werden kann. Auch kann für die Magenverdauung der viel energischer wirkende Pankreassaft vollständig eintreten. Man kann also unverändertes Eiweiss in den Magen einführen, nur dürfen keine grossen Brocken heruntergeschluckt werden, sondern alles muss sehr gut gekaut und eingespeichelt werden. Am besten giebt man Eiweiss in flüssiger, breiiger oder wenigstens sehr fein vertheilter Form.

Nur wenn man es mit einem vollständigen Fehlen des Pankreassaftes im Darm zu thun hat, muss man verdautes Eiweiss zur Ernährung benutzen, solche Fälle sind aber selten.

Man verordnet ferner die Albumosen und Peptone, um den Magendarmkanal zu schonen. Man erzielt aber damit gerade das Gegentheil. Denn wie sowohl die motorische als auch die secretorische Thätigkeit des Verdauungstraktus nach Verabreichung von Albumosen und Peptonen eine regere wird, so wird auch die resoptive eine angestrengtere.

Endlich werden diese Präparate noch vielfach benützt zur Erhöhung des N-Wertes einer an Eiweiss sehr armen Nahrung. Unter solchen Umständen können sie unentbehrlich oder doch von wesentlichem Nutzen sein, namentlich dann, wenn Widerwillen gegen Fleisch und überhaupt gegen stark schmeckende Substanzen besteht.

In dieser Beziehung hat sich die fast völlig geschmacklose Somatose

als wertvoll erwiesen, die man, ohne dass die Kranken viel davon merken allen möglichen flüssigen Speisen zusetzen kann. Wir besitzen aber in der Nutrose und dem Eucasin unveränderte Eiweisskörper, welche die leichte Löslichkeit und die Geschmacklosigkeit mit der Somatose teilen und in beträchtlich grösseren Dosen zur Anwendung kommen können, da sie weit besser ertragen werden als die Albumosen und Peptone.

Nach V. erscheinen die Albumosen und Peptone angezeigt nicht, wenn man den Magendarmkanal schonen, sondern im Gegenteil dann, wenn man sie zur Anregung der Peristaltik benützen will; auch ist bekannt, dass auf kleine Gaben von Somatose oder Kemmerich'schem Pepton die Lust und Fähigkeit zu essen bei vielen Patienten wächst.

Der Hauptwert der Albumosen und Peptone ist daher nicht in ihrer Eigenschaft als Nahrungsmittel zu suchen, sondern darin, dass sie hauptsächlich Arzneimittel, Stomachica und Abführmittel sind.

Schnell-Egeln.

Ueber Nabelschnurbehandlung des Neugeborenen. Von Horn. (Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 12).

Als Stumpf seine Erfolge über die Verwendbarkeit des Thons als anti- und aseptisches Verbandsmittel in der Münch. med. Wochenschr. mitteilte, hat H. denselben auf seine Verwendbarkeit bei der Behandlung des Nabelschnurrestes geprüft.

Die von H. geübte Methode ist folgende: Das Kind erhält gleich nach seiner Geburt ein Reinigungsbad; nach erfolgter Abtrocknung wird die zur Einhüllung der Nabelschnur dienende Watte dick mit Thon belegt, wobei besondere Vorsicht zu walten hat, weil das Pulver nicht gut haftet. Der eingeheilte, mit Thon bedeckte Nabelstrang wird wie üblich behandelt. Das Kind wird täglich unter Vermeidung des Nabels gewaschen, nicht gebadet; für Trockenlegung des Kindes muss stets gesorgt werden. Das Pulver wird zweimal am Tage erneuert. Nach erfolgtem Abfall wird noch 1—2 Tage Thon auf die Nabelwunde gethan, sodann das Kind wieder täglich regelmässig gebadet.

Die an 160 Kindern ausgeführten Versuche ergaben, dass der völlige Abfall des Nabelschnurrestes bei Thonbehandlung unter Vermeidung des Bades etwas länger dauert, aber die Nabelwunde ist dabei stets in vorzüglicher Verfassung. Der Thon ist auch auf der festen Kinderhaut völlig reizlos.

Schnell, Egeln.

Ueber methodische unblutige Erweiterung des Phimosis kleiner Knaben. Von Schilling. (Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 11.)

Sch. hat in vielen Fällen von Phimosis statt der blutigen Operation die manuelle Erweiterung in Anwendung gezogen. Die Technik ist dabei folgende: Der Patient muss auf einer festen Unterlage liegen, sowie an Armen und Oberschenkeln festgehalten werden. Die Vorhaut wird dann mit Daumen und Zeigefinger beider Hände langsam mit schonender Gewalt über die als Keil wirkende Glans zurückzubringen versucht, während die übrigen Finger teils den Penis stützen, teils in der Gegend der Symphysis oss. pub. einen Halt zu gewinnen suchen. Meist gelingt die völlige Erweiterung beim ersten Mal. In grösseren Zwischenräumen muss öfters revidiert und die Vorhaut zurückgeführt

werden. Kleinste, kaum blutende Einrisse an der Haut und Schleimhaut des Orific. müssen selbstverständlich mit in den Kauf genommen werden. Zur Nachbehandlung dienen lokal Borsalbe und Vollbäder.

Stellt es sich heraus, dass ein dauernder Effekt dabei nicht zu erreichen ist, so kann man immer noch zum Messer greifen. Es kommt dies namentlich vor bei narbigen Stenosen, straffen Verwachsungen der beiden Vorhautlamellen oder Phimosen mit beträchtlicher Tendenz zur Retraktion der Gewebe. Schnell, Egeln.

Gesundheitspflege.

Schulhygiene und Schularztfrage. Aus einem Vortrage, gehalten vor Danziger Lehrern und Lehrerinnen. Von Dr. Petruschky. (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, 1899, No. 4.)

Die Schulhygiene umfasst folgende drei Gebiete:

1. Die Hygiene des Schulhauses und seine Einrichtungen;
2. Die Hygiene des Unterrichts;
3. Die Hygiene der Schulkinder.

Bezüglich der ersteren Beiden wird der Arzt immer eine relativ bescheidene, lediglich beratende Rolle spielen können. Sie gehen in erster Reihe den Architekten bezw. den Pädagogen an. Hervorgehoben muss werden, dass wir Aerzte nicht jede merkbare und messbare geistige Anstrengung für schädlich erklären. Sie ist es nur dann, wenn die Rückkehr in den normalen Zustand sich verzögert oder ausbleibt. Eine richtige „Dosierung der Geistesarbeit“, die den Schüler in allmählicher Uebung zur Ausbildung seiner Geisteskräfte anleitet, ist anzustreben, und hierin müssen Arzt und Schulmann zusammenwirken.

Die Hygiene der Schulkinder dagegen wird in erster Reihe der Arzt fördern können. Zu achten ist hier vor Allem auf die verschiedene Begabung der Schulkinder. Eine verminderte Leistungsfähigkeit kann beruhen entweder auf körperlichen Leiden, — Nasen- und Ohrenleiden! — die sich beseitigen lassen, oder auf geistigen Defekten, die nicht zu bessern sind. Solche Schüler gehören in Klassen für Minderbegabte. In grösseren Städten sind diese leichter einzurichten als auf dem Lande. Hier müssten grössere Verwaltungsverbände zusammentreten.

Eines der wirksamsten Förderungsmittel für die geistige Entwicklung ist die Hebung der kindlichen Lebensfreude durch Jugendspiele, gemeinsame Ausflüge, Ferienkolonieen und dergleichen.

Die Hygiene der Schulkinder hat ferner zu achten auf die Körperhaltung beim Schreiben, die allzuoft einen oberflächlichen Atmungstypus zur Folge hat.

Ganz besonderes Gewicht ist zu legen auf körperliche Reinlichkeit der Kinder, die am wirksamsten durch Schulbäder gewährleistet wird.

In das Gebiet der Schulhygiene fällt auch die Aufgabe, die Verbreitung epidemischer Krankheiten durch die Schule hintanzuhalten.

Die Kinder müssen in bestimmten Zwischenräumen — in New-York geschieht es täglich — auf akute Krankheiten untersucht werden. Die ansteckenden Rekonvalescenten sind ärztlich zu überwachen, die Anzeigepflicht bei Infektionskrankheiten ist zu betonen. Wichtig ist es

auch, die Lehrer und Schulkinder über die häufigsten Verbreitungswege dieser Krankheiten zu informieren, am besten in Kursen oder Conferenzen.

Jedenfalls können Schädigungen der geistigen und körperlichen Gesundheit der Schulkinder nur vermieden werden, wenn hygienisch geschulte Aerzte der Schulleitung als Beamten beigegeben werden. Die Behandlung der erkrankten Schulkinder bleibt nach wie vor Sache der Hausärzte bezw. der zuständigen Armenärzte der Gemeinden. Nur in wichtigen Spezialgebieten, z. B. der Orthopädie, den Augen-, Nasen- u. Nervenkrankheiten sind hierin erfahrene Aerzte zur Behandlung heranzuziehen. Dr. Friedmann, Beuthen O.-Schl.

Ausstattung und Einrichtung der Schulen und Schulräume nach den Anforderungen der Neuzeit. Von Stadtbaurat Höpfner in Kassel. Separatabdruck aus dem „technischen Gemeindeblatt" 1898, Nr. 9—10. Berlin, C. Heymann.

Diese, nach einem auf der IX. Versammlung des Hessischen Städtetages in Witzenhausen am 10. Juni 1898 gehaltenen Vortrage publizierte Arbeit des Verf. hat auch für uns Aerzte eine grosse Bedeutung und viel Interesse. Die jetzt mehr und mehr in Fluss gekommene, im übrigen ja schon lange auf der Tagesordnung stehende Schularztfrage hat bereits eine grosse Anzahl von Veröffentlichungen sowohl von Aerzten wie von Pädagogen gezeitigt, die nicht allein auf theoretischen Erwägungen, sondern auch bereits auf praktischer Grundlage und thatsächlichen Erfahrungen beruhen. So hat im vergangenen Jahre der Kollege Kuntz, der in Wiesbaden Schularzt ist, in der deutch. med. Wochenschr. eine grosse Anzahl von den Schularzt interessierenden Fragen einer Erörterung unterzogen, und Geh. Med.-Rat Schmidtmann und Stadtrat Kalle haben in der Vierteljahrschrift für ger. Medizin resp. für öffentliche Gesundheitspflege diese Angelegenheit in einer gründlichen und lehrreichen Abhandlung gewürdigt. Zu allem nun, was der Schularzt wissen muss, zu dessen Beurteilung und Begutachtung er herangezogen wird und im Stande sein muss, gehören auch die Punkte, die der Verf. in der obengenannten Arbeit erörtert, und zwar sowohl nach der technischen Seite hin, als auch in Rücksicht auf die Gesundheitspflege im allgemeinen und im speziellen.

Verf. bespricht in ungemein klarer und instruktiver Weise die Ausstattung und Einrichtung des Schulhauses vom pädagogischen, technischen und hygienischen Gesichtspunkte aus und stellt diejenigen Forderungen zusammen, die Berücksichtigung findeu können und müssen, damit der Gesundheit der Schüler und Lehrer aus dem Schulbetriebe nicht nur nicht kein Schaden erwachse, sondern auch, damit eine neue, die früher schon bestehenden Anforderungen ergänzende und erweiternde Verpflichtung der öffentlichen Fürsorge erfüllt wurde, dass dem Körper der Jugend von Schulwegen eine grössere Widerstandsfähigkeit gegeben, er abgehärtet und gestählt werde. Verf. beschränkt sich, da auch so die Angelegenheit genügend geklärt wird, der Einfachheit halber bei seiner Besprechung auf die Volksschule und speziell auf die mehrklassige städtische Volksschule, woraus dann ja leicht das für andere Verhältnisse Passende und Erforderliche abgeleitet werden kann. Er behandelt kurz und zweckentsprechend nach allen Richtungen hin den Bauplatz, die Lage des Schulhauses, die Art der Ausführung des Baues, ob Pa-

villon, ob Corridorsystem, wobei er sich, nach Abwägung der Vor- oder Nachteile beider Systeme, dem letzteren entschieden zuwendet. Er berücksichtigt bei dem Bau die Feuersicherheit und Zweckmässigkeit, kommt dann auf die Verkehrsräume (Zu- und Ausgänge, Treppen, Corridore etc.) im Schulhause und die Nutzräume, auf Beleuchtung, Heizung, auf Luftzu- und Abführung dann auf das relativ neue „Schulbad" das er dringend empfiehlt. Verf. berücksichtigt auch den Handfertigkeits- und Haushaltungsunterricht resp. die dazu erforderlichen Räume; dann natürlich vor allem auch das Klassenzimmer in seiner Einrichtung und Ausstattung, wobei er unter anderen beachtenswerten Dingen besonders warm den Linoleumbelag bei massiven feuersicheren Dielen und die Rettig'sche Schulbank empfiehlt. Dann werden noch die Abortanlagen (Beetz'sches Oelsyphon) besprochen, und endlich auch der Turnunterricht und Turnräume und auch die Bewegungsspiele gewürdigt. Verf. schliesst dann mit dem Hinweise darauf, dass wir stolz sein können auf unsere Erziehungsanstalten, auf unsere Schulen, auf unser Heer, die uns die höchste Gewähr bieten für eine glückliche Zukunft unseres deutschen Vaterlandes!

Das Büchelchen möchte ich allen Kollegen, die ein Interesse an der Schule und an der Schuljugend haben, die die hygienischen Seiten des Schulbetriebes zu würdigen wissen und sich kurz orientieren wollen, auf das dringendste empfehlen, der gediegene, kurze und übersichtliche und dabei auf streng wissenschaftlicher Grundlage beruhende Inhalt wird jeden Leser befriedigen und erfreuen und keiner das Buch aus der Hand legen, ohne zn bekennen, es mit Nutzen und Vergnügen gelesen zu haben.

Wulff-Oldenburg.

Rezensionen.

Der Scheintod der Neugeborenen. Seine Geschichte, klinische und gerichtsärztliche Bedeutung. Von Dr. Ludwig Knapp. I. Geschichtlicher Theil. Mit 9 Abbildungen im Texte. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller, 1898. Preis 4 Mark.

Die Behandlung des Scheintodes der Neugeborenen ist eine von den geburtshülflichen Fragen, welche wegen ihrer praktischen Bedeutung ein allgemeines Interesse beansprucht, und die Bearbeitung dieser Frage ist um so verdienstvoller, weil seit dem Erscheinen der letzten grösseren Arbeiten schon mehrere Jahrzehnte verflossen sind. Verf. bietet in diesem ersten Theil des Werkes den geschichtlichen Theil der Frage: den Entwickelungsgang der einzelnen Wiederbelebungsverfahren. K. hat sein Material mit sehr grossem Fleiss gesammelt und es verstanden, dasselbe so übersichtlich zu ordnen und zu behandeln, dass ein ausserordentlich interessantes Werk entstanden ist, welches jeder Arzt mit grossem Vergnügen und Nutzen lesen wird, so dass die Anschaffung des von der bekannten Verlagshandlung sehr vornehm ausgestatteten Werkes allgemein zu empfehlen ist. Drews-Hamburg.

Zahn- und Mundleiden mit Bezug auf Allgemein-Erkrankungen. Ein Wegweiser für Aerzte und Zahnärzte. Von Zahnarzt P. Ritter. Mit 20 Abbildungen. Berlin, Fischer's Medic. Buchhandlung, 1898. Preis 5 Mk. 50 Pf.

Der Inhalt des vorliegenden Buches ist ein so reicher, dass er in dem kurzen Rahmen einer Besprechung auch nicht annähernd skizziert werden kann. In 23 Haupt-Kapiteln werden alle Beziehungen, welche zwischen erkrankten Zähnen und Allgemein-Erkrankungen gefunden werden, besprochen. Ausgehend von rationeller Untersuchung der Mundhöhle vor Extraktionen geht Verf. auf diese selbst, ihre Handhabung, die üblen Zufälle bei denselben, ihre Nachbehandlung, Narcosen und lokale Anästhesien über, um am Schlusse des ersten Abschnittes eine Reihe von recht praktischen Winken zur Behandlung von Zahnleiden zu geben. Nach dem Vorgang von Kleinmann macht er energisch gegen Anwendung des Cataplasma coctum Front. Befremdend wirkt der Rat, nach der extractio dentis die Wundränder „zusammenzudrücken".

Im 2. und 3. Abschnitt werden die Entzündungen des Kiefers, des Alveolarfortsatzes, des Periosts und Neubildungen an ihnen, sowie Krankheiten der Weichteile des Mundes behandelt. Erfreulich ist die Betonung derjenigen Schädigungen, welche durch Verschlucken von Eiter bei secernierenden Zähnen etc. der Verdauung geschieht. Bei den Krankheiten des antrum erweist Verf. sich als ein ebenso kühler wie vorsichtiger Beobachter. Dieses Feld verdankt gerade ihm mancherlei Klärungen. Ein interessanter Fall von Stomatitis aphthosa, den Verf. an einem 50jährigen Mann beobachtete und auf Genuss einer von Maul- und Klauenseuchekranken Kuh entnommenen rohen Milch zurückführen konnte, führt ihn zur Warnung vor Trinken ungekochter Milch, wobei er derartige Epidemien citiert.

Syphilis im Munde und Uebertragung derselben durch Operationen in der Mundhöhle, alte Lues bei Mund- und Kieferleiden, tuberkulöse Mundkrankheiten, Influenza-Erkrankung des Mundes, Pflege der Mundhöhle bei Schwerkranken bieten eine solche Fülle von aus der Praxis geschöpften Materials, dass wir leider nur einen Fall von schwerem Magenkatarrh in Verbindung mit Stomatitis hervorheben wollen. Pat. genas 2 Tage, nachdem die Mundverhältnisse saniert waren. Bei dem V. Abschnitt: „Dentition und Dentitionsstörungen, Erosionen, die beim Durchbruch des unteren Weisheitszahnes entstehenden Störungen" stellt sich Verf. auf den auch im „Kinder-Arzt" wiederhoit betonten Standpunkt von Kassowitz, dass es eigene Dentitionskrankheiten nicht gäbe. Bei den sogenannten Erosionen konnten wohl zeitlich die Entdeckungen Berten's nicht berücksichtigt werden. Bei den Blutungen. welche schwer zu stillen sind, wird kurz die Cirkulations-Anregung der unteren Extremitäten nach Edward angegeben. Paul Niemeyer, welcher ein ähnliches Mittel angiebt, hätte ebenfalls erwähnt werden sollen. Erfreulich ist, dass der erfahrene Praktiker sich gegenüber den bei Kronenarbeiten vorzunehmenden Wurzelfüllungen kaltes Blut bewahrt hat und zu aller Vorsicht rät gegenüber den durch etwaige Eiterung herbeigeführten Nachteilen. Dem Einfluss einer krankea Mundhöhle auf das Nervensystem und die Sinnesorgane ist eins der interessantesten Kapitel gewidmet. Das Buch schliesst mit Massregeln der Prophylaxe. Eine grosse Anzahl erprobter Rezepte werden jedem willkommen sein. Ein Sach- und Autoren-Register erleichtert den Gebrauch des Buches. Als besonders wertvoll ist hervorzuheben, dass nach den Allgemeinbesprechungen regelmässig illustrierende Fälle aus der Praxis und Litteratur beigezogen werden. Wir kennen kein Buch, welches ein dem prakt

Arzt und Zahnarzt gleich wichtiges Gebiet so klar, so ganz aus der Praxis heraus, so erschöpfend behandelt wie das vorliegende. Einzig eine symmetrische Einteilung des Stoffes wäre zu wünschen. Auch das Kapitel über Mundkrankheiten bei Diabetes bedürfte der Bereicherung. Bei Bromäther-Narcosen hätten die Arbeiten Schneider's erwähnt werden sollen. — Die Anschaffung des Buches ist jedem Praktiker zu empfehlen. Es bietet jedem etwas, zumal demjenigen, der nicht die Litteratur so zur Hand hat, wie R. Wille-Worms.

Aus dem Naturgarten der Kindersprache. Ein Beitrag zur kindlichen Sprach- und Geistesentwickelung in den ersten vier Lebensjahren. Von Gustav Lindner. Leipzig, Th Grieben, 1898. Preis 2 Mark.

Verf. giebt auf 111 Seiten genaue Beobachtungen über die geistige und sprachliche Entfaltung seines Söhnchens vom Tage der Geburt bis zum fünften Lebensjahre. Das Büchlein ist mit Hingabe an den Gegenstand geschrieben, liest sich aber nicht leicht, indem eine gewisse Weitschweifigkeit oft unangenehm auffällt. Auch wird man sich mit den theoretischen Anschauungen des Autors nicht immer einverstanden erklären können. Dagegen ist das reichlich beigebrachte thatsächliche Material scharf beobachtet und übersichtlich wiedergegeben, so dass das Werkchen für Psychologen, Pädagogen, Neurologen und Sprachärzte viel brauchbaren Stoff enthält. Knopf-Frankfurt am Main.

Formulaire d'hygiène infantile collective, hygiène de l'enfant à l'école, à la créche et à l'hôpital. Par le Dr. M. Gillet. Paris, Baillière et fils, 1899. Preis 3 Mark.

Der Autor, welcher übrigens auch eine „Hygiene des Kindes im Hause, eine individuelle Kinderhygiene" geschrieben hat, behandelt hier die Hygiene des Kindes in der Schule, in der Krippe und im Krankenhaus.

Begonnen wird mit der allgemeinen Prophylaxe der ansteckenden Krankheiten, Absonderung und Desinfektion, darauf besondere Regeln für die Prophylaxe der einzelnen Krankheiten folgen. Diese beiden Kapitel nehmen bei weitem die grössere Hälfte des Buches ein. Es folgt dann im nächsten Kapitel die Hygiene der Schule, dann die der Krippen, endlich die der Kinderspitäler.

Wirklich trefflich ist das Kapitel über die Schulhygiene, in welchem viel des Interessanten zu finden ist, wie die Uebersicht über die Dauer des Ausschlusses an Infektionskrankheiten Erkrankter vom Unterricht. Mit Recht betont weiter der Verf., dass es sehr wichtig ist, bei kleinen Kindern die Arbeit in einem geringen Umfange zu halten, er giebt interessante Uebersichten für 2—5 Jahre alte Kinder, und für solche im Alter von 5—6 Jahren, im Anschluss daran wird eine Eintheilung der Tagesstunden gegeben, nach dem Reglement des Seine-Departements, dabei wird mit Recht bemerkt: „das Schulprogramm soll mehr ein Erziehungsprogramm sein als ein Lehrprogramm."

Die Anführung des wenigen möge genügen. Der ganze Stoff ist so vollständig, so trefflich, vor allem auch so handlich kurz behandelt, dass das Büchlein allen Kinder- und Schulhygienikern nur bestens empfohlen werden kann. Berger-Neustadt.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Lauenstein stellte in der Sitzung des ärztlichen Vereins in Hamburg am 15. Februar 1898 ein fünfjähriges Mädchen vor, dem wegen Pes varo-equinus paralyticus auf operativem Wege die beiden Zipfel der Sehne des Gastrocnemius mit der Sehne des gelähmten Streckers der Zehen und des Peroneus longus in Verbindung gebracht worden sind. Das Kind, das früher auf dem Aussenrand des Fussrückens ging, hat jetzt eine so gute Haltung des Fusses, dass es mit einem gewöhnlichen Stiefel geht, ohne dass der Fuss umknickt, und dass es auch mit blossem Fusse gut auftreten und die Fusssohle vom Boden abwickeln kann. L. hält diese Methode für aussichtsvoller als die Behandlung mit Hessing-Apparaten und die Arthrodese der Fusswurzelgelenke, die den elastischen Gang in einen Stelzengang umwandelt.

Dr. Feodor Schmey-Beuthen O.-S.

Einen Fall von angeborenem Myxödem stellte in der Sitzung der Berliner Medizinischen Gesellschaft vom 30. Nov. Sklarek vor. Das jetzt $16^3/_4$ Jahre alte Mädchen wurde anscheinend normal geboren und entwickelte sich zunächst normal; im Alter von 6 Monaten aber stockte die Entwickelung, so dass es erst mit 3 Jahren sprechen und mit 7 Jahren gehen lernte. Später verlernte es das Gehen wieder völlig und wurde ganz idiotisch. In Dalldorf wurde Fehlen der Schilddrüse konstatirt. Infolgedessen wurde eine Kur mit Schilddrüsentabletten eingeleitet, die sehr günstig wirkte. Der Umfang des Kopfes und des Rumpfes hat beträchtlich abgenommen, die Haare sind gewachsen, das Gehen ist ziemlich gut, die geistigen Funktionen haben sich gebessert; die Vorderfontanelle, die bei der Aufnahme des 16 jährigen Mädchens noch offen war, hat sich während der Kur geschlossen. Eine Unterbrechung der Kur liess die Krankheitserscheinungen wieder mehr hervortreten. (Deutsche mediz. Wochenschr. 99.)

Dr. F. Schmey-Beuthen O.-S.

Göppert empfiehlt als schmerzstillende Mittel bei schwerer Stomatitis das Aneson und Orthoform.

Das Aneson wird 15 Minuten vor dem Essen vermittelst eines kleinen Wattepinsels vorsichtig ohne Reiben auf die Schleimhaut aufgepinselt, an stärker erkrankten Stellen lässt man den Pinsel länger verweilen. Nach 5 Minuten abermalige Pinselung. Es ist zu empfehlen, das erste Mal etwa 8—10 g zu verwenden, um dem Kinde vollständige Schmerzlosigkeit zu verschaffen. 5—10 Minuten nach der letzten Pinselung wird das Essen gereicht. Bei Stomatitis ulcerosa legt man ausserdem mit Aneson getränkte Wattebäuschchen in das Vestibulum oris.

Orthoform blase man 20 und 10 Minuten vor der Mahlzeit ein, am besten und sparsamsten bedient man sich dabei des Jurasz'schen Pulverbläsers.

Aneson ist etwas schwieriger anzuwenden als Orthoform, wenn es auch gerade keine besondere Geschicklichkeit erfordert. Dagegen ist der Geschmack von Aneson angenehmer als der von Orthoform. In den hinteren Mundpartieen schmecken beide Mittel schlecht, Orthoform fast unerträglich.

Ein Einfluss auf den Verlauf der Krankheit konnte von beiden Mitteln nicht konstatirt werden. Die Schmerzen werden den Kranken soweit erspart, dass die Nahrungsaufnahme ermöglicht wird. (Jahrb. f. Kdhlkd. 98.) Schnell-Egeln.

— Les lymphangites de l'enfance et leurs consequences. Par Moncorvo fils. Die Mittel zur Lokalbehandlung der Lymphangitis und ihrer Folgeerscheinungen sind sehr zahlreich, besonders sind alle neueren Antiseptica der Reihe nach geprüft worden. Als das wirksamste von allen Mitteln hat sich dem Verf. das Ichthyol erwiesen, dessen giftige Einwirkuug auf den Streptococcus von Fehleisen so energisch ist, dass es als ein Specifium gegen die Rose betrachtet werden kann. Verf. hat alle möglichen Vehikel für das Ichthyol geprüft und verwendet jetzt ausschliesslich einen 10proc. Ichthyolfirniss. In diesem Firniss vereinigt sich die comprimirende, isolirende und deckende Wirkung des Firniss mit der mächtigen bakterientötenden Kraft des Ichthyols. Mit dieser Methode hat Verf. sowohl mehr oder weniger ausgebreitete Lymphangitiden unterdrückt, als auch schon sehr ausgebreitete zur Rückbildung gebracht. Allerdings muss man bei sehr schweren Fällen neben der lokalen Behandlung noch eine interne Medikation anwenden. (Rev. med. 98). Dr. Schmey, Beuthen OS.

Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.
Praecipit. rubr. 0,05—0,12
oder Sublimat. 0,01—0,02
Vaselin. 5,0
Mf. ungt. DS. äusserlich.
Blepharitis ulcerosa.
(Aus Bum: „Therap. Lexikon".)
(Königstein.)

Rp.
Oxymel. Scill. 10,0
Tct. Belladonn. gtt. X.
Aq. destillat. 60,0
Syr simpl. 10,0
MDS. 2 stdl. 1 Kinderl.
Bronchitis (5jähr. Kind).
(Comby.)

Rp.
Protargol. 0,2—0,4
Aq. destillat. 10,0
DS. 2mal tgl. einzuträufeln.
Ophthalmia neonatorum.
(Cheney.)

Rp.
Fol. Senn.
Fol. et flor.
Tanacet. āā 12,0
Aq. qu. s. ut f. l. a. decoct.
ad rem. colatur. 80,0
Add. Magnes. sulfur. 2,0—3,0
Syr. Mann. 20,0
MDS. Abends die Hälfte, am anderen Tag die andere Hälfte.
Oxyuris vermicularis.
(Nouv. rem.)

Rp.
Zinc. oxydat. 0,1—0,3
oder Acid. boric. 0,25—0,5
oder Praecipit. alb. 0,1—0,25
oder Ichthyol. 0,5
Vaselin 5,0
Mf. ungt. DS. mit einem Pinsel oder Glasstab den hidrand zu bestreichen.
Blepharitis squamos.
(Aus Bum: „Therap. Lexikon".)
(Königstein.)

Kleine Mittheilungen.

— Ein von der Firma Bauer u. Cie., Sanatogen-Werke in Berlin, hergestelltes neues Eiweisspräparat, Sanatogen, dürfte sich in der Kinderpraxis rasch einführen. Es besteht aus 95 % Milcheiweiss und 5 % glycerinphosphorsaurem Natron, mit welchem (die Glycerinphosphorsäure ist ein Spaltungsprodukt der Nervensubstanz) günstige klinische Erfahrungen bei Nervenleidenden gemacht worden sind. Nach Versuchen von Schlesinger, Vis, Treupel, Tobold u. A. ist das Sanatogen als ein unverändertes, nicht peptonisirtes Eiweiss von grosser Verdaulichkeit zu betrachten, welches nicht allein dem geschwächten Organismus eine kräftige Nahrung bietet, sondern ihn durch die neurotonische Wirkung des Glycerinphosphates auch gleichzeitig in die Lage versetzt, die gebotenen Nährstoffe leicht aufzunehmen und vollkommen auszunützen. Das Sanatogen ist geruch- und geschmacklos und wird auch von jungen Kindern gern genommen und gut vertragen. Bei Darmcatarrhen, Rhachitis, Chorea, Chlorose etc. leistet es vorzügliche Dienste. Kindern wird es theelöffelweise (in kalter oder lauwarmer Flüssigkeit aufgelöst und dann mit warmen Flüssigkeiten vermischt) mehreremale täglich als Zusatz zu Milch, Cacao, Suppen etc. verabreicht.

— Unter der Redaktion von Dr. Schlesinger (Frankfurt a/M.) erscheint vom 1. Juni ab zweimal monatlich eine neue Zeitschrift: Correspondenz für Gesundheits- und Krankenpflege. Die erste vorliegende Nummer enthält ausser einer Anzahl kleiner Notizen aus den betreffenden Gebieten zwei grössere interessante Aufsätze: „Wohin soll ich meine Badereise machen?“ von Herzfeld und „Zahnpflege“ von K. — Den Interessen des Krankenpflegeberufes soll die von Dr. Dietrich (Merseburg) und Dr. Jacobsohn (Berlin) herausgegebene Deutsche Krankenpflege-Zeitung, die ebenfalls zweimal monatlich erscheint, dienen. Die uns vorliegenden Nummern enthalten u. A. recht wertvolle Aufsätze „über die Beschäftigung der Kranken“ von Zimmer, „über Spezialkrankenpflege“ von Jacobsohn, „über deutsche Krankenpflege im Ausland“ von Sudeck etc.

— Ein recht empfehlenswerter Apparat zur Verhütung des Bettnässens wird von der Firma Sanitas in Heidelberg zum Preise von 10 Mark (männlich) und 12 Mark (weiblich) verschickt. Bei der Bestellung hat man Alter und Geschlecht des Patienten anzugeben.

Druck von Hermann Schmidt, Leipzig-Schönefeld.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 3836) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

X. Jahrg. **August 1899.** **Heft 8.**

Opotherapia thyreoidea.*)

Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Sonnenberger.

Unter den verschiedenen organo- und opotherapeutischen Medicationen ist die Opotherapia thyreoidea diejenige, welche die besten Resultate aufzuweisen hat. Einleitend ist zu bemerken, dass die Glandula thyreoidea — wenigstens ist dies bei der Mehrzahl der Mammiferen der Fall — in ihrer Nachbarschaft noch die glandulae parathyreoideae (Sandstrom) haben, ein Factum, das erst neuerdings (durch Gley) festgestellt wurde. Die meisten der Auseinandersetzungen, die sich auf diese Frage beziehen, auch diejenigen, welche wir im Folgenden über die Funktionen der Thyreoidea und die Opoth. thyreoid. bringen werden, bezielen sich zugleich auf die glandul. thyreoid. und die glandulae parathyr.

Als feststehend können wir das Factum annehmen, dass das Drüsengewebe der Thyreoid. ein internes Secret liefert, dessen Wichtigkeit für den thierischen und menschlichen Organismus experimentell bewiesen

*) Aus dem soeben erschienenen Werkchen: Organothérapie ou Opothérapie. Par le Dr. C. Hillemand. Paris, G. Steinheil, 1899.

ist, und zwar durch die Physiologie (Schiff, Reverdin, Horsley etc.), die Pathologie (Gull, Ord, Bourneville etc.) und die Therapie.

Unterdrückt man bei den Carnivoren, insbesondere beim Menschen und Affen, durch vollständige Entfernung des thyreoidealen Drüsenapparates plötzlich und total die Funktionen desselben, so treten in einem Teile dieser Fälle schwere Störungen der Gehirnfunktionen ein; meist äussern sich dieselben in tetanieähnlichen Convulsionen, mitunter sind dieselben auch paralytischen Charakters; man hält diese Phänomene für Intoxikationserscheinungen. In einer zweiten Reihe von Fällen entwickeln sich allmählich Störungen trophischer Natur: Verlangsamung des Stoffwechsels (Verminderung der Harnstoff- und Co_2-Ausscheidung, Temperaturerniedrigung etc.), Infiltration der Gewebe, Intelligenzschwäche. Während diese Erscheinungen mehr bei erwachsenen Individuen hervortreten, sieht man bei solchen im Wachstumsalter ein Zurückbleiben oder völliges Aufhören des Wachstums und besonders der Ossification (Hofmeister, von Eiselsberg) eintreten. — Entwickeln sich die Funktionsstörungen der Thyreoidea aber langsam und unvollständig, wie dies zumeist bei pathologischen Alterationen, seien diese angeborene oder erworbene (Entwicklungshemmungen, Strumen etc.) der Fall ist, so treten die gleichen Symptome in die Erscheinung wie diejenigen, die bei der Exstirpation der Drüsen entstehen, mit dem einzigen Unterschied, dass die acuten Symptomen der Tetanie oder der Paralyse ganz fehlen oder kaum angedeutet sind, und dass ferner die consecutiven trophischen Störungen sich langsamer entwickeln, oder auch nur in sehr schwachem Grade auftreten, wenn der Organismus Zeit gewinnt, die Ersatzorgane der Drüse benutzen zu können. Wenn man in diesen Fällen die Behandlung mit innerer Darreichung der frischen Drüse oder subcutaner Injection des Drüsenextractes einleitet, so sieht man zuerst die acuten Symptome der Intoxication, seien diese convulsiver oder paralytischer Natur, sich vermindern und schliesslich gänzlich verschwinden; später gehen auch die trophischen Störungen zurück. In dem Masse als die Substanz oder das Extract der Drüse dem Organismus zugeführt werden, in demselben Masse sieht man die nutritiven Funktionen sich wieder heben, den Stoffwechsel sich verbessern, die Verbrennung des Fettes rascher vor sich gehen. Das Erscheinen der gekörnten roten Blutkörperchen, eine Vermehrung der grossen einkörnigen weissen Blutkörperchen sowie des Oxyhämoglobin weisen darauf hin, dass eine bedeutende Verbesserung in der Blutmischung auftritt (Merklen und Walther, Masoin). — Bei Frauen wird die ovarielle Comgestion gemässigt (Mossé), die Secretion der Mamma angeregt. Bei Kindern und Individuen im Wachstumsalter wird die Knochenbildung, wenn sie im Rückstand ist, angeregt, vorausgesetzt dass nicht die Zwischenknorpel ganz verschwunden sind. — Bei allen wird die Muskelinsufficienz bedeutend gehoben.

Hat aber die Verabreichung der Drüse resp. ihres Saftes in zu starker Dosis stattgefunden, so sieht man Zufälle auftreten, die in einem gewissen Gegensatz mit den Erscheinungen der thyreoidalen Insufficienz stehen, hingegen eine grosse Aehnlichkeit mit den Symptomen des Morb. Basedow. haben. Sie charakterisieren sich als solche der Vasodilatation und abnorm gesteigerten Excitation des Nervensystems: Beschleunigung, Schwäche und besonders Inconstanz des Pulses, manchmal Syncope (Beclère, Ballet und Enriquez); Dyspnoe, Reizbarkeit, Schlaf-

losigkeit, selbst Delirien; endlich Abmagerung und andere Symptome der Ernährungsstörung. V. Notthafft hat einen Fall citirt, in dem sich diesen Symptomen rapide Zunahme des Halsumfanges, Exophthalmus und Zittern, ganz wie dies beim Morb. Based. der Fall ist, hinzuzugesellen, Cyon hat eine beträchtliche Reizung des Nerv. vagus constatieren können. Ferner sind beobachtet: eine Reihe von Exanthemen, gastrische Störungen, Erbrechen, Diarrhoe, ferner Albuminurie und Glycosurie. —

Die Secretion der Glandul. thyreoid. ist demnach von grossem Wert für die intacte Gesundheit des Menschen; welcher Art diese Secretion ist und welche Rolle im menschlichen Organismus ihr zukommt, das sind Fragen, über die sich nur Vermuthungen aufstellen lassen. Man nimmt an, dass diese Rolle eine doppelte ist. Einmal wäre das Secret der Thyreoid. im Stande, die toxischen Nebensubstanzen, die sich bei der Verdauung und Assimilation im menschlichen Organismus bilden, zu neutralisieren oder zu zerstören, Substanzen oder Gifte, welche eine schädliche Einwirkung auf den Organismus ausüben, und zwar ganz besonders auf das Nervensystem, dessen regelmässiges Funktioniren sich nicht vollziehen kann, ohne dass jene Gifte zerstört würden.

Zweitens übe das Secret der Thyreoid., unabhängig von seiner antitoxischen Funktion, eine mächtige Wirkung auf das Zellenleben aus, indem eine Substanz erzeugt würde, die mächtig anregend auf das Nervensystem wirke und für die Funktion der trophischen Centren unumgänglich nothwendig sei. Zahlreiche klinische und physiologische Beobachtungen scheinen den direkten Einfluss des Secrets der Thyreoid. auf die Zellenernährung darzuthun.

Die Wirkung des thyreoidealen Sekretes wäre demnach nicht auf ein Prinzip basiert; man hat in der That auch 2 Grundstoffe der Drüse isoliert: Das Jodothyrin (Baumann), welches wirksam sein soll gegen die trophischen Störungen und die chronische Toxämie des Hypothyroidismus; das Thyreo-Antitoxin (Fraenkel), welches ganz besonders wirksam sein soll bei akuten toxischen Zufällen (Tetanie etc.). Wie dem auch sei, so können die Indikationen und Contraindikationen der Opotherapia thyreoid. folgendermassen endgiltig formuliert werden: Diese Behandlungsmethode ist anwendbar bei denjenigen Formen trophischer Störung, die von einer Unterdrückung, Insuffizienz oder qualitativen Veränderung der Thyreoideal-Sekretion abhängen.

Leider kennen wir, wie dies Mossé bemerkt, nur gut die dystrophischen und toxischen Störungen, welche sich bei Strumipriven einstellen, hingegen wissen wir wenig aber die verschiedenen Symptome, die sich an den Hypothyreoidismus anschliessen, und noch weniger über die trophischen Alterationen bei Dysthyreoidismus. Wir wollen bei Besprechung der verschiedenen Krankheiten, deren Behandlung mit der glandul. thyreoid. empfohlen worden ist, der Einteilung von Mossé folgen und unterscheiden demnach:

A. Krankheitszustände, welche abhängen von einer manifesten Alteration oder der Entfernung der Glandul. thyreoid. (Direkte Opotherapie).

1. Die Dystrophien und Toxämien, welche bei den Strumipriven auftreten (Myxödem in seinen 4 Varietäten: M. der Erwachsenen, M. des Kindesalters, Cachexia strumipriva, endemischer Cretinismus).

Bei dem Myxödem der Erwachsenen beginnt die Besserung schon am 3. oder 4. Tag der opotherapeutischen Behandlung (durch Verabreichen der Drüsensubstanz per os oder durch subkutane Injektion des Schilddrüsenextrakts, und findet sehr bald eine beträchtliche Besserung statt. Die Intelligenz der Kranken hebt sich, sie sind nicht mehr so stupid und merken auf das, was ihre Umgebung sagt, auf; sie verstehen die Fragen, die an sie gestellt werden und vermögen darauf zu antworten; sie fangen selbst an zu arbeiten. Zugleich ändert sich ihr Habitus: die Schwellungen im Gesicht verschwinden allmählich, der Körper geht an Gewicht zurück, die Haut verliert ihre Trockenheit. Die Urinsekretion wird reichlicher und das bis dahin sehr peinliche Kältegefühl schwindet. Diese Resultate bleiben nur dann definitive, wenn man die Behandlung nicht gänzlich aufgiebt und von Zeit zu Zeit Dosen des Mittels verabreicht, wie sie nötig sind, um die Besserung zu einer dauernden zu machen. Beim Myxödem der Kinder führt die Behandlung in fast allen Fällen nicht allein zur Demyxödemisation, sondern beschleunigt ausserdem das Wachstum, was sich manchmal selbst durch ein schnelleres Wachstum der Zähne kundgeben soll. Leider erhält man bei der myxödematösen Idiotie nur wenig Besserung in Bezug auf die Psyche, was sich sehr wohl begreift, wenn man die histologischen Untersuchungen von Goldberg berücksichtigt, welcher definitive Veränderungen der Nervensubstanz bei jungen thyreoidectomierten Tieren gefunden hat. Wenn es sich aber um infantiles spät erworbenes Myxödem handelt, so sieht man nicht selten auch den psychischen Zustand sich erheblich bessern (Jaunin).

Bei dem sporadischen Cretinismus führt die Behandlung zu einer beträchtlichen Besserung aller Symptome (Rushton, Arnozan, Brissaud, Raymond). Beim endemischen Cretinismus, mit oder ohne Struma, erhält man häufig eine ebenso sichere Besserung, wenn im allgemeinen auch langsamer (Régis und Gaide).

2. Die Strumen (bei welchen die übermässige Volumsentwicklung der Drüse verknüpft ist mit einer Atrophie des Drüsengewebes) und die verschiedenen chronischen Affektionen der Thyreoidea, die eine Verminderung der Sekretion verursachen. In allen diesen Fällen kann die Behandlung nützlich sein, wenn man sie mit der nötigen Vorsicht einleitet, einmal weil der eingeführte Stoff schädlich werden kann, ferner weil wir kein positives Criterium besitzen, um den Grad der anatomischen und funktionellen Läsion, die wir beheben wollen, abzuschätzen. Manchmal wird die Behandlung nur auf die Symptome des Dysthyroidismus, insbesondere auf die psychischen Störungen wirken; andere Male wird sie eine Verkleinerung der Struma herbeiführen. Mossé und Catthala berichten über einen sehr merkwürdigen Fall eines Säuglings, der einen Kropf hatte und von seiner Mutter, die ebenfalls Trägerin einer Struma war, ernährt wurde; durch opotherapeutische Behandlung der Mutter verschwand die Struma des Säuglings.

Durch die Statistik, die im grossen Ganzen günstig bzgl. der opotherapeutischen Behandlung des Kropfes ist, wird erwiesen, dass die rein hyperplastische Form der Struma am ehesten bei dieser Behandlungsweise zurückgeht; nach den Beobachtungen von Bruns handelt es sich in diesen Fällen um eine Vermehrung der colloiden Substanz, die hervorgeht aus einer lebhafteren Sekretion und der Schmelzung zahl-

reicher Follikel. Wenn eine Besserung eintritt, so geschieht dies gewöhnlich rasch. Die cystischen und ganz besonders die vaskulären und kankrösen Formen der Struma sind dieser Behandlung weniger zugänglich, wenn man auch in den allermeisten Fällen immerhin eine Besserung der funktionellen Störungen herbeiführen wird.

B) Krankheitszustände und pathologische Veränderungen der Organe oder Funktionen, die in Beziehung stehen zur glandula thyreoidea, wobei anzunehmen ist, dass eine funktionelle Störung der Drüse stattfindet, ohne dass eine anatomische Unterlage vorhanden ist (indirekte Opotherapie).

1. In Hinsicht auf die Beziehungen, welche zwischen der Funktion der Thyreoid. und der Allgemeinernährung zu bestehen scheinen, ist man berechtigt, die Behandlung mit der Thyreoid. in folgenden Krankheitszuständen einzuleiten: bei Zwergwuchs, dem infantilem Habitus, Rückbleiben im Wachstum, der Verzögerung der Pubertät (in allen diesen Fällen sind schon manchmal schöne Resultate erzielt worden, so von Hertoghe, Bourneville, Schmidt; dieselben fordern entschieden zu weiteren Versuchen auf; hingegen sind die bis jetzt bei Rhachitis erhaltenen Resultate keine unbestrittenen); ferner bei gewissen Formen von allgemeinen Ernährungsstörungen, von Diabetes, bei der Obesitas. Beim Diabetes haben verschiedene Autoren (Blachstein, Branthomme, Lépine) eine Verringerung und selbst ein vollständiges Verschwinden des Zuckergehaltes und eine Besserung des Allgemeinbefindens beobachtet, während andere nur Misserfolge hatten. Gegen die Obesit. univers. hat sich die Thyreoidtherapie oft wirkungsvoll erwiesen.

2. In Rücksicht auf die Beziehungen, welche zwischen den glandul. thyreoid. und den Zeugungs-, Fortpflanzungs- und Lactationsorganen sowohl in physiologischer als auch in pathologischer Hinsicht zu bestehen scheinen, glaubt man sich berechtigt, die Behandlung bei den Erkrankungen dieser Organe einzuleiten. So will man mit ihr gute Resultate erhalten haben bei Metrorrhagien mit Dysmenorrhoe junger Frauen, bei Myomen oder Fibromyomen des Uterus, die sich öfters bei der Behandlung zurückbilden, zur Anregung der Milchsekretion.

3. Basierend auf die von Cyon betonten Beziehungen zwischen der Sekretion der Thyreoid. und der Innervation des Herzens kann man die Behandlung einleiten in Fällen von Herzschwäche, die den gewöhnlichen Mitteln Widerstand leisten.

C) Krankheitszustände, die sich erfahrungsgemäss für die Thyreoidtherapie eignen (empirische Opotherapie).

Es sind dies Fälle, in denen diese Behandlungsweise ausserhalb des Rahmens der speziellen Indikation empirisch versucht worden ist, so bei: Tetanie, Epilepsie, Katalepsie, der infantilen Eklampsie, bei Geistesstörungen, der Sclerodermie, Hemiatrophia facialis, Atrophia muscularis myopathica (Lepine); bei Morb. Addison. (Cérenville), der Hämophilie (Dejace, Combemale et Gaudier), der Osteomalacie; gegen verschiedene Hautkrankheiten: Psoriasis, Ichthyosis, Eczem etc. — Man hat in diesen Fällen manchmal recht ermutigende Resultate erhalten (so besonders bei der Osteomalacie), aber dieselben sind doch zu selten und halten manchmal

der Kritik nicht recht Stand, als dass man berechtigt wäre, den systematischen Gebrauch der Opotherapie gegen diese verschiedenen Krankheiten zu empfehlen. Jedenfalls soll man sie in allen diesen Fällen nur mit grosser Vorsicht in Anwendung ziehen.

Die Contraindikationen der Opotherapia thyreoid. sind teils allgemeiner, teils spezieller Natur.

1) Sie ist kontraindiziert in allen Fällen, in denen eine übermässige Funktion der Drüse stattfindet. Das ist namentlich der Fall beim Morb. Basedow., dessen charakteristisches Krankheitsbild nach den Angaben von Renaut, Ballet u. Enriquez, Joffroy etc. erzeugt wird durch eine sekretorische Hyperoactivitität der Drüse. Dennoch haben sich mehrere Kliniker nicht abhalten lassen, die Behandlung auch bei Morb. Based. einzuleiten. Einige derselben haben keine Veränderung im Zustand ihrer Kranken bemerkt, wieder andere eine Verschlimmerung des Krankheitsverlaufs, während mehrere (Voisin, Alexie, Burns, Bogroff, Etienne, Blottière, Mairet, Mossé etc) ausgezeichnete Resultate erhalten haben wollen, namentlich hinsichtlich der Symptome der Tachycardie, des Zitterns und selbst der Struma. Vielleicht erklärt sich dieser Widerspruch daraus, dass die sekretorische Hyperaktivität der Drüse sich manchmal mit einer ungenügenden oder fehlerhaften Funktion der Drüse vergesellschaftet.

2. Die speziellen, absoluten oder partiellen, Contraindikationen beziehen sich auf den Zustand des Herzens (fettige Degeneration), der Nieren, welche die Elimination der organischen Zerfallsprodukte zulassen müssen, der Leber und der Digestionswege, deren Läsionen, wenn sie einigermassen bedeutend sind, die Manifestation der Symptome des Thyreoidismus begünstigen.

Die Verabreichung per os hat die sukutane Injection fast ganz verdrängt und ist jetzt fast die einzig gebräuchliche Methode. Die Drüse soll von einem gesunden Tier (insbesondere ist die des Hammels im Gebrauch) herstammen und soll so aseptisch als möglich gewonnen und aufbewahrt werden. Am besten wendet man sie in frischem Zustande an und isst man sie gelegentlich der Mahlzeiten wie gewöhnliches Fleisch oder in kleine Stücke geschnitten in der Fleischbrühe oder mit etwas Zucker oder Succ. Liquir. vermischt.

Die Dosis soll dem Gewicht nach bestimmt werden und nicht nach Läppchen, wie dies manchmal geschieht, denn das Gewicht der einzelnen Läppchen kann zwischen 1 bis 6 gr variieren.

Man soll mit ziemlich kleinen Dosen. beginnen und allmählich zu grösseren Dosen fortschreiten, um so die individuelle Empfänglichkeit, die sehr verschieden ist, zu prüfen. Bei Erwachsenen wird man mit 0,5—2,0 tgl. beginnen können; je nach der Wirkung kann man die Tagesdose bis zu 3,0—4,0 steigern. Sobald die Krankheitserscheinungen sich bessern, sistiert man allmählich die Behandlung, um dann in grösseren oder geringeren Intervallen Dosen zu geben, die zu einem definitiven Heilungsresultat nötig sind (z. B. beim Myxödem 2,0 alle 2, 3 oder 5 Tage, bei Fettsucht 4,0 wöchentlich 2mal). Sobald Symptome der Intoleranz (Unregelmässigkeit des Pulses, Tachycardie, Herzpalpitationen, Kopfschmerz, Erbrechen, Schlaflosigkeit, Müdigkeitsgefühl, Zittern etc.) auftreten, setze man die Behandlung aus oder verringere die Dosierung. Besonders überwache man bei der Behandlung Nieren-, Leber- oder

Herzkranke. Man muss sich ferner daran erinnern, dass Kinder besonders empfindlich gegenüber der Behandlung sind und dass demnach die Dosierung sorgfältig nach ihrem Alter zu bemessen ist. — Die Thyreoidbehandlung ist also eine Medikation, die man nur mit Vorsicht einleiten und mit der grössten Sorgfalt überwachen muss. Bedart und Mabille glauben, dass man die meisten üblen Zufälle vermeiden könne, wenn man daneben noch Arsenik, insbesondere in der Form der Solut. Fowler., verabreicht.

Man hat versucht, an Stelle der Drüsensubstanz die wirksamen Stoffe derselben, die man isoliert hat, zu verabreichen: das Thyreoidin von Vermehren, das Thyreoprotein von Notkine; das Thyreoantitoxin von Fränkel; ganz besonders das Jodothyrin oder Thyrojodin von Baumann, das unlöslich im Wasser, löslich im Alkohol und alkalischen Solutionen ist, Jod und Phosphor enthält und zu den Nucleo-Albuminen zu gehören scheint. Alle diese Stoffe scheinen aber weniger wirksam zu sein als die Drüsensubstanz selbst. Indessen soll nach Baumann u. Roos, Critchmaroff, das Jodothyrin auf die parenchymatösen (hypertrophischen) Strumen junger Individuen eine raschere Wirkung ausüben als die Extrakte der Thyreoidea und das Jod.

Es erübrigt uns noch, auf die Unterscheidung zwischen der Glandula thyreoidea und der glandulae parathyreoid., die wir oben berührt haben, zurückzukommen. Gley, der sich zuerst mit den letzteren beschäftigt hat, hatte ihnen eine Ersatzrolle für die Glandul. thyreoid. zuerkannt. Nach den Untersuchungen von Vassale und Generali, Thiroloix, Langlois u. a. scheint ihre Funktion eine antitoxische zu sein, während diejenigen der Glandul. thyreoid. eine trophische ist. Der Ausfall der parathyreoidalen Funktion bringt hervor: Tachycardie, Dyspnoe, Convulsionen, Spasmen, Tetanie, die oft mit Tod endigt; die Unterdrückung der thyreoidalen Funktion neben Erhaltung der parathyreoidalen Funktion verursacht nur leichte Convulsionen, führt aber zu einer Verminderung des Stoffwechsels im Organismus mit Temperaturerniedrigung und schliesslich zur Cachexia strumipriva. Von dem übermässigen Wachsthum und der unfreiwilligen Entfernung beider Drüsengruppen hängen dann die verschiedenen obenerwähnten Symptome ab. Basiert auf diese Theorie erhielt Mouhsu in seinen Experimenten ein rasches Verschwinden der convulsiven Attaquen bei thyreoidectomisierten Hunden durch subcutane oder intravenöse Injection des Extractes von 12—20 Parathyreoid-Drüsen, während sich das Thyreoid-Extract unwirksam bei denselben erwiesen hatte. Hingegen hat Charrin durch Anwendung der Parathyreoid-Drüsen bei 3 Kranken mit Myxödem keine Wirkung erzielen können, während sie vorher durch den Gebrauch der Glandul. thyreoid. gebessert wurden.

Referate.

Innere Darreichung des Diphtherieserums. Von N. Fedele. (Gaz. degli osped. 25. Dezember 1898. Klinisch-therapeutische Wochenschr. No. 3. 1899).

F., welcher bereits über die günstigen Erfolge dieser Methode berichtet hat, betont, dass die klinische Erfahrung durchaus zu Gunsten

dieser Darreichung spricht, wenn auch die Ergebnisse der Laboratoriumsforschung dieselbe als nutzlos hinstellen, weil das Antitoxin nicht dialysierbar ist und im verdautem Zustande seine antitoxischen Eigenschaften verliert. F. wurde zu einem 6jährigen, an schwerer Diphtherie erkranktem Kinde gerufen, bei welchem es wegen heftigem Sträubens unmöglich war, das mitgebrachte Serum zu injicieren. Er liess daher die Dosis (1000 S. E.) dem Kinde in einer Tasse Milch intern verabreichen und konnte schon am nächsten Tage eine wesentliche Besserung des schweren Krankheitsbildes konstatieren. Das Kind bekam nun die gleiche Serumdosis wieder in Milch verabreicht, die Heilung schritt fort und im Verlauf von sechs Tagen waren alle Symptome geschwunden. Einige Tage später erkrankte die 11jährige Schwester des Kindes gleichfalls an Diphtherie, und auch hier wurden zwei Dosen Serum von je 1000 S. E. in Milch intern mit gleichem Heilerfolge verabreicht. Die Methode ist demnach in solchen Fällen besonders zu empfehlen, wo unter ungünstigen äusseren Verhältnissen behandelt werden muss und sich die Kinder gegen die Vornahme der Injektion mit allen Kräften sträuben. Dr. Goldbaum-Wien.

Zur Klinik und Diagnostik der Tuberkulose im ersten Lebensjahr. Von Bulius. (Jahrb. f. Kinderheilk. XLIX Bd. 2. u. 3. Heft).

Die Diagnose der Tuberkulose im Kindes- und insbesondere im Säuglingsalter bietet meist wegen der Vieldeutigkeit und Unbestimmtheit der Symptome grosse Schwierigkeiten. B. versucht auf Grund von 27 Fällen von Säuglingstuberkulose, die er auf der Kinderklinik zu Berlin sorgfältig beobachtet hat, gewisse Anhaltspunkte zu gewinnen. 24 dieser Fälle kamen zur Sektion.

Was das pathologisch-anatomische Bild anbetrifft, so bestand stets Tuberkulose der Bronchialdrüsen, die als die primäre Erkrankung in allen Fällen aufgefasst werden konnte. Meist waren gleichzeitig die Drüsen des Mediastinums und des Lungengewebes erkrankt. Im Anschluss daran kamen vor: periglanduläre Pneumonien, akute tuberkulöse Pneumonien, akute Miliartuberkulose, sowie Peribronchitis tuberculosa und multiple käsige Bronchopneumonie. Die Tuberkulose im Säuglingsalter begnügt sich selten mit einer dieser Affektionen; dadurch entstehen oft recht bunte anatomische Bilder u. Mischformen, bei denen es oft nicht leicht ist zu entscheiden, welches die vorherrschende Form ist. Namentlich die Kombination von Drüsentuberkulose mit Durchbruch in die Bronchien und Lymphbahnen ist häufig.

In diagnostischer Beziehung ist folgendes zu bemerken: Die Tuberkulose im ersten Lebensjahr liefert, falls der Nachweiss von Tuberkelbazillen im Sputum misslingt, ausser den nur in einem Teil der Fälle gefundenen charakteristischen tuberkulösen Haut- und Knochenleiden kein Symptom, welches an sich ein sicheres Urteil erlaubt. Andrerseits ruft sie eine so grosse Anzahl von Krankheitserscheinungen hervor, dass man aus dem gleichzeitigen Vorhandensein einer Reihe derselben doch die meisten Fälle erkennen kann. Für Tuberkulose spricht im Zweifelsfalle dringend, wenn anamnestisch belastende Daten zu eruieren sind. Die Anamnese hat sich dabei nicht mit der Heredität zu begnügen, sondern muss auch der Möglichkeit der Infektion durch fernstehende, nur vorübergehend mit dem Kind in Berührung kommende Personen

gerecht werden. Für Tuberkulose spricht, wenn bei geringen Krankheitserscheinungen chronischer Natur ein auffallender Umschlag der Stimmung ins mürrische erfolgt; ferner wenn bei gutem Appetit und Verdauung, bei zweckmässiger Ernährung und Ausschluss anderer Momente eine langsame Konsumption beobachtet wird.

Diagnostisch sind mässige periphere Drüsenschwellungen nicht zu verwerten. Verdächtig ist die Schwellung der Supraklavikulardrüsen, besonders, wenn Nacken- und Halsdrüsen fehlen oder klein sind. Beweisend für Tuberkulose ist die Schwellung der Mesenterialdrüsen. — Schwellung der Milz wurde in keinem Falle vermisst, doch ist dieses Symptom zur Diagnose nicht verwertbar, da es durch mannigfache andere Ursachen (Rachitis, Lues) hervorgerufen sein kann. Beweisend wird der Milztumor, wenn man die auf seiner Oberfläche entstandenen Knötchen deutlich fühlen kann. — Charakteristische Hustenanfälle (Bronchialdrüsenhusten) sind für Tuberkulose sehr belastend. Für die Diagnose sind die specifisch tuberkulösen Affektionen der Haut und der Knochen — also Skrophuloderma, tuberkulöses Hautgeschwür, Spina ventosa — sehr wohl verwertbar. Sie vermögen die richtige Deutung einer Lungenaffektion herbeizuführen. Die dyskrasischen Hautaffektionen (Furunkulose, Ekzeme) können nur dann als Stütze der Diagnose dienen, wenn andere Ursachen ausgeschlossen werden können (Sepsis), und dann insbesondere, wenn sie gut genährte Kinder betreffen.

Für die Diagnose akuter oder progredienter Tuberkulose kommen zu den genannten noch folgende Momente hinzu:

1. Auffallende durch den sonstigen Befund nicht erklärbare Unruhe und Jaktation.

2. Zeitweilige Konvulsionen bei Abwesenheit anderer krampfbedingender Momente.

3. Fehlen von Diarrhoe und Nephritis bei Abwesenheit vorher bestehender in Betracht zu ziehender Erkrankungen. Vorhandensein derselben spricht gegen Tuberkulose.

4. Cyanose und auffallende Beschleunigung der Atmung, wenn diese im Missverhältnis zum Lungenbefund steht und eine Täuschung durch Thoraxrachitis ausgeschlossen werden kann.

5. Produktion grosser Sputumballen.

6. Vorübergehende Collapsanfälle bei noch wenig reduzierten, nicht darmleidenden Kindern.

7. Das Auftreten mittel- und grossblasiger klingender Rasselgeräusche bei vorhandenen ausgedehnten Lungeninfiltrationen.

Die klinischen Krankheitsbilder, welche die Tuberkulose im ersten Lebensjahr bietet, sind nicht immer scharf umgrenzte. Diesen Umstand erklärt die Pathogenese: Eine anfangs bestehende Bronchialdrüsentuberkulose führt zur Erkrankung der Drüsen des Lungengewebes, diese zu periglandulären Pneumonien. Die befallenen Bezirke verkäsen, eröffnen hierbei die Blutbahn oder zerstören die Wandung der Luftwege. Miliartuberkulose bzw. Aspirationspneumonien sind die Folge. Parallel hiermit entwickelt sich oft das klinische Bild, zuerst nur Abmagerung und keuchhustenartige Anfälle, dann Fieber und gedämpfte Bezirke über den Lungen. Cyanose und die grosse Reihe der erwähnten Symptome gesellen sich hinzu, bis schliesslich eine Meningitis den Exitus herbeiführt.

Je mannigfacher die Ausbreitungswege, welche die Tuberkulose in

ein und demselben Fall betritt, desto komplizierter ist das klinische Bild; am reinsten ist es in den Fällen von akuter Miliartuberkulose und akuter tuberkulöser Pneumonie. Schnell-Egeln.

Multiple Papillome des Larynx bei jungen Kindern allein durch Tracheotomie behandelt. Von Bailton. (Brit. med. Journ. Febr. 1898).

In dem ersten Fall wurde die Canüle 45 Monate getragen.

Es handelte sich um ein Mädchen von $3^1/_4$ Jahren mit deutlichen Erscheinungen der Larynxstenose, Pfeifen bei der In- und Exspiration, chronischer Heiserkeit und Crouphusten. Die Heiserkeit bestand schon ungefähr 2 Jahre und war durch einen vor 6 Monaten überstandenen Keuchhusten noch stärker geworden. In der letzten Zeit waren Anfälle von Dyspnoe während der Nacht aufgetreten. Die Diagnose lautete auf Papillome trotz der misslungenen Versuche von Laryngoskopiren, wegen der Erregheit des Kindes, und wurde bestätigt durch das Erscheinen des Tumors in der Tracheotomiewunde, die wegen schwerer Dyspnoe am 23. Februar 1894 gemacht wurde und sofort Besserung brachte. Acht Tage nach der Operation wurde die Metallcanüle durch eine Caoutchouccanüle vertauscht, die 3 mal wöchentlich gewechselt und bis zum 16. November 1 97 getragen wurde, also 3 Jahre und 9 Monate. Dann wurde die Wunde durch eine autoplastische Operation geschlossen. Nach der Tracheotomie wurden die Tumoren excidiert und Arsen innerlich gereicht, worauf ausser einem leichten Recidiv, das ebenso behandelt wurde, bis zur vollständigen Heilung des Kindes keine Störung eintrat. Von Zeit zu Zeit wurde der Zustand der Stimme und der Respiration durch temporären Verschluss der Wunde beobachtet, aber die Canüle wieder eingelegt, bis das Pfeifen und die Heiserkeit ganz verschwunden war.

In dem zweiten Fall wurde die Canüle 25 Monate getragen.

Derselbe betraf ein 4jähriges Mädchen mit Heiserkeit, Crouphusten und Dyspnoeanfällen während der Nacht. Die laryngoskopische Untersuchung ergab warzenförmige Tumoren, ausgehend von dem Ventrikel des Larynx und ebensolche auf den Stimmbändern. Die Tracheotomie wurde am 9. Mai gemacht und die Canüle von Caoutchouc bis zum 5. Juni 1896 getragen, wo jede Spur von Husten verschwunden und die Stimme wieder normal klingend geworden war. Jetzt ist nach 18 Monaten kein Recidiv wieder aufgetreten.

Man hatte sich bei diesen Fällen auf die Tracheotomie allein beschränkt, weil die radikaleren Operationen wie die Thyreotomie oder die endolaryngeale Exstirpation dieser Tumoren selbst durch sehr geübte Operateure bei Kindern misslingen. Es scheint eine spontane Atrophie der Papillome zu entstehen, wenn man die durch die Respiration oder den Husten verursachten Reize ausschaltet. Auf die Darreichung des Arsens legt Verf. keinen Wert.

Drews-Hamburg.

Einige Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen. Von Torday. (Gyermekgyògyaszat. 1899. No. 2).

Die mitgeteilten 12 Fälle betreffen Kinder, welche zufälligerweise oder im Spiel den Fremdkörper in den Mund genommen und dann aspiriert hatten; drei wurden als angebliche croupöse Laryngitiden in das

Stefanie-Kinderspital aufgenommen; einer derselben von der chirurgischen Klinik zugeschickt. Fünfmal war ein Melone- einmal ein Kürbiskern, sechsmal Bohnen beziehungsweise Knochensplitter die Ursache der Erkrankung. Fünf Fälle endigten letal, sieben gesundeten vollkommen; das Alter der erkrankten Kinder variierte zwischen 1—5 Jahren. Abweichend von Preobraschensky findet T. dass die Fremdkörper mehr in die Bronchien als in den Kehlkopf aspiriert werden und ist die Prognose bezüglich der Heilung der ersteren viel ungünstiger als dies von P. zugegeben wird. Als therapeutischer Eingriff wurde bei allen Kindern die Tracheotomie gemacht und sind besonders zwei Fälle erwähnenswert, wo der Fremdkörper sieben Wochen in den Luftwegen fixiert gewesen. Die Verstorbenen gingen an Asphyxie beziehungsweise croupöser Pneumonie zu Grunde. Die Trachea wurde stets tief unten mit einem Längsschnitte eröffnet und nach Entfernung des Fremdkörpers eine Canüle eingelegt, um die Entstehung einer Aspiration der trachealen Wundränder, eines mediastinalen Emphysems oder eines Pneumothorax zu verhüten. L. Bruck-Budapest.

Ueber die Therapie der Typhlitis stercoralis und der Coprostasen im Kindesalter. Von C. Fürst. (Therapie der Gegenwart, 1890 No. 3.)

Verf. behandelt seit längerer Zeit die Darmträgheit im kindlichen Alter erfolgreich mit Darmeingiessungen von Hunyadi-Janos Bitterwasser, wobei er einem Liter lauen Wassers für jedes Lebensalter 1 Esslöffel Bitterwasser bis 6 Esslöffel im Maximum zusetzt. In Verbindung mit Massage, Darreichung von fettreicher Milch und — bei grösseren Kindern — reichlicher Pflanzenkost heilen so selbst sehr hartnäckige Fälle von Obstipation.

Verf. hat nun in den letzten Jahren Gelegenheit gehabt, dieselbe Methode auch bei schweren Coprostosen mit entzündlicher Reizung des Peritonealüberzuges anzuwenden, und zwar teils in solchen Fällen, wo der mit der Kothstauung verbundene lokale Schmerz zweifellos einem Teile des Colon entsprach, als auch in solchen, bei denen man eine Anhäufung von Koth in einer Dünndarmschlinge annehmen musste. Bisweilen finden sich in solchen Fällen auch leichte Temperaturerhebungen bis 38,2, nie ausgesprochenes Fieber, wie diffuse Peritonitis, wohl aber zuweilen eine umschriebene, leichte Peritonitis.

Nach derselben Methode hat Verf. noch 3 Fälle von zweifelloser Typhlitis stercoralis, die allerdings ohne Beteiligung des Wurmfortsatzes verlaufen sind, erfolgreich behandelt. Von Opium giebt Verf. bei Typhlitis stercoralis nur im Notfalle anfangs eine grössere Dosis, aber schon am ersten Tage eine reichliche Eingiessung, wobei als Lösungsmittel statt Wasser Kamillenthee gebraucht wird. Diese Eingiessung wird täglich wiederholt, daneben protrahierte laue Bäder, absolute Bettruhe und Eisbeutel auf die Coecalgegend.

Dr. F. Schmey, Beuthen O.-S.

Ein neuer eiweissartiger Bestandteil der Milch. Von A. Wróblewski. A. d. k. k. allgem. Untersuchungsanstalt f. Lebensmittel in Krakau. (Zeitschrft f. phys. Chemie 1898. Bd. XXVI. Heft 3 u. 4).

Verf. entdeckte in der Frauen-, (schon vor 4 Jahren) in der Kuh- und in der Stutenmilch einen Proteinstoff, welcher wahrscheinlich für die

drei genannten Milchsorten verschieden, aber ähnlich ist; da die Unterschiede noch nicht präzisiert sind, und das charakteristische Verhalten für sie alle gemeinschaftlich ist, so ist es erlaubt, von einem solchen Körper zu reden. Verf. nennt denselben Opalisin. Er wird durch das Aussalzen mit Natriumchlorid aus den Mutterlaugen der Essigsäurefällung des Caseins erhalten. Er reduziert Fehling'sche Lösung auch nach dem Kochen mit Salzsäure nicht; spaltet bei der Pepsinverdauung kein Pseudonuclein ab; er giebt die Biuret-, Millon-, Xanthoproteinreaktion wie auch die Reaktion von Adamkiewicz; er enthält nur wenig bleischwärzenden Schwefel, er braucht zur Sättigung mehr Natronlauge als das Casein; er wird weder beim Kochen seiner Lösungen, noch bei der Dialyse gefällt; charakteristisch ist, dass seine Lösungen mehr oder weniger opalisieren.

Das trocken dargestellte Opalisin löst sich im Wasser nur teilweise, das Filtrat opalisiert stark; in Alkalien löst es sich leichter, in Säuren schwieriger, besonders schwer in Essigsäure. Versetzt man eine neutrale Lösung des Opalisins mit Essigsäure, so fällt ein Niederschlag, welcher sich im Ueberschuss der Säure nicht vollständig löst, die Flüssigkeit opalisiert stark und bildet beim Schütteln mit Luft kleine klebrige faserige Flöckchen. In dieser Beziehung ähnelt das Opalisin den Mucinen.

Das Opalisin kommt in der Frauenmilch in reichlicher Menge, in der Stutenmilch in kleinerer und in der Kuhmilch in sehr kleiner Menge vor. Das Opalisin ist diejenige Substanz, welche die Fällung des Frauencaseins in so hohem Grade erschwert.

Hierdurch ist wiederum ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen der Frauen- und der Kuhmilch festgestellt.

Köppen-Norden.

Hysterie bei Schulkindern. Von Berdach. (Wiener Medicinische Wochenschrift, No. 27, 1899.)

B. veröffentlicht mehrere Fälle von Hysterie bei Schulkindern, welche er als städtischer Bezirksarzt zu beobachten, Gelegenheit hatte. Eine grosse Rolle in der Aetiologie der kindlichen Hysterie spielte zweifellos die Heredität, indem sich zumeist Neurosen oder chronischer Alkoholismus bei Eltern, bezw. Grosseltern konstatieren liessen. Bei solchen prädisponierten Individuen giebt dann in der Regel ein psychisches Trauma, in manchen Fällen der Imitationstrieb leicht die nächste Ursache für die Auslösung des ersten Anfalles ab. Die Kinder sind meist anämisch, schlecht genährt und sämtliche beobachtete Fälle standen im schulpflichtigen Alter. Das Krankheitsbild der Hysterie der Kinder ist weniger vielgestaltig als das der Erwachsenen. Charakteristisch für dieselbe ist das zumeist plötzliche Auftreten derselben inmitten scheinbar völliger Gesundheit. Ein weiterer Unterschied gegenüber der Hysterie der Erwachsenen ist der raschere Verlauf, jedoch sieht man auch nach ganz kurzem Bestande oft Recidive. Die Symptome, in welchen sich die infantile Hysterie äussert, äussern sich entweder in einer convulsiven und paralytischen Form als Ausdruck der Störung in der Motilitätssphäre, oder in einer hypnotischen Form, zu welcher die Anfälle von Schlafsucht, Somnambulismus u. dgl. gehören. Die convulsive Form äussert sich nun wieder in mannigfacher Weise. Die Krämpfe können partielle oder

allgemeine sein. Die partiellen beschränken sich zumeist auf bestimmte Nervenbahnen oder auf bestimmte funktionelle Gebiete, hierher gehören das Zittern in einzelnen Muskelgruppen, der halbseitige oder der Tremor des ganzen Körpers, ferner unwillkührliche Muskelbewegungen, krampfhafte Peristaltik des Oesophagus, das hysterische Erbrechen, cirkuläre Abschnürungen von Darmstücken mit hochgradiger Gasanhäufung als Ausdruck partiellen Darmkrampfes, die Gähn-, Nies- und Lachkrämpfe. Am bemerkenswertesten manifestieren sich wohl die partiellen Krämpfe im Bereiche des Respirationstraktes, des Kehlkopfes und des Zwerchfells, welche, in rhytmischer Weise sich wiederholend, zumeist von intensiven, weithin hörbaren Geräuschen begleitet sind. Diese entstehen entweder inspiratorisch in der Art des Singultus oder exspiratorisch nach Art des Hustens und Schreiens. Was den hysterischen Singultus anbelangt, so ist derselbe nicht allein durch laute Stimmäusserung, sondern auch durch epidemische Ausbreitung ausgezeichnet.

Was die Behandlung anbelangt, so muss in erster Linie die Anämie bekämpft werden, also vor Allem sorgfältige und ausgiebige Ernährung, der längere Gebrauch von Bade- und Luftkuren. Die Kinder müssen bis zu ihrer vollständigen Heilung von der Schule ferngehalten werden, auch sind sie vor jeder Ueberanstrengung, sowie vor starken Gemütsaffekten, aufregenden Schaustellungen zu bewahren. Auch muss auf eine rationelle häusliche Erziehung hingewirkt werden. Die Behandlung des Anfalles selbst ist in der Regel erfolglos. In sehr seltenen Fällen kann man durch einen plötzlich über das Gesicht geleiteten Wasserstrahl, durch Anschreien den Anfall unterbrechen. In verzweifelten Fällen ist die Hypnose zu versuchen, welche B. mit wirklich überraschendem Erfolge angewendet hat.

Dr. Goldbaum-Wien.

Hydrocephalus und Hypoplasie der Nebennieren. Von A. Czerny. (Centralblatt für Allgemeine Pathologie etc. 1899. X. Bd. No. 7.)

Bei kongenitalem Hydrocephalus giebt die Gehirnsektion keine Erklärung für die Entstehung des abnormen Zustandes; sie zeigt nur die Folgen des Drucks der grossen Flüssigkeitsmenge. Dies bestimmte C. nachzuforschen, ob die Ursache des Hydrocephalus nicht ausserhalb der Schädelrückenmarkhöhle zu suchen und zu finden sei. Von der Vorstellung ausgehend, dass die Entstehung eines Hydrocephalus am besten dadurch annehmbar erscheine, dass es sich dabei um ein Hindernis in den Abflusswegen der Ventrikelflüssigkeit handele, versuchte Verf. darüber zur Klarheit zu gelangen, wohin unter physiologischen Verhältnissen die Ventrikelflüssigkeit bei Erhöhung des Druckes entweichen könne. Er injizierte zu diesem Zwecke jungen weissen Ratten Berlinerblau in die Gehirnventrikel und suchte nach der ersten Austrittsstelle der Farbe in der Leibeshöhle und stellte fest, dass die Farbe zuerst in einem Lymphgefäss sichtbar wurde, welches einen Zweig zur Nebenniere abgiebt und im weiteren Verlaufe zu den Lymphdrüsen des Beckens führt. Auf Grund dieser Beobachtung untersuchte Verf. die Nebennieren bei Hydrocephalus zunächst in fünf Fällen und fand in allen die Nebennieren in gleicher Weise verändert. Das histologische Bild der letzteren zeigt, dass es sich um eine Entwickelungshemmung handelt, welche viel früher zustande kommt, als die Zunahme der Ven-

trikelflüssigkeit im Gehirn beginnt. Makroskopisch fiel an den betr. Nebennieren nichts Besonderes auf. Mikroskopisch dagegen zeigten die betr. Nebennieren das Fehlen der sog. Marksubstanz; die aneinanderstossenden Rindenschichten waren nur durch einzelne Quer- und Längsschnitte grosser Venen von einander getrennt.

Köppen-Norden.

Eine im Foetalleben geheilte Spina bifida. Von Eröss. (Gyermekgyògyàszat 1899. No. 2.)

Der Fall wurde auf der Frauenklinik beobachtet, das gut entwickelte, 3100 g schwere neugeborene Kind hat am Nacken, knapp über dem vierten Halswirbel eine nussgrosse Geschwulst, welche gestielt aufsitzt und sich sackförmig ausstülpt. Ihre Länge beträgt 3 cm, ihr Umfang 31 mm; die Haut über ihr, wohl etwas verdünnt, ist haarlos, narbenfrei und in Falten leicht aufzuheben. — Die Geschwulst fluktuiert nicht, kann leicht komprimiert werden und fühlt sich wie ein schlaffer Ledersack an, in dessen Innerem von oben nach unten ein federkieldicker, narbiger Strang verläuft, der mit der Hautdecke nirgends zusammenhängt und am vierten Halswirbel angewachsen ist. Beim Umgreifen der Geschwulst, hart an ihrer Basis, kann man die abgestumpften Knochenenden als Teile des Halswirbels genau explorieren und zwischen denselben eine ungefähr centimeterbreite Spalte konstatieren, aus welcher der narbige Geschwulststrang entspringt. Beim Ziehen desselben ist ein leises Mitschwingen der ihn einschliessenden Knochenenden nachweisbar. Die übrigen Halswirbel sind vollkommen normal, auf Druck verkleinert sich die Geschwulst nicht, auch behält sie ihre Grösse während des Weinens und des Atmens unverändert bei. Das Kind nimmt die Brust gut, verdaut regelmässig, Paresen fehlen, auch zeigen die unwillkürlichen Bewegungen keinerlei Anomalie. Nash 14tägigem Aufenthalt auf der Abteilung wird das Kind gesund entlassen. — Der klinische Befund veranlasst E., eine Spina bifida occulta zu diagnosticieren, der möglicherweise eine Meningocele vorhergegangen war. Bei der Erklärung der Heilung dieser Hydrorrhachis hält sich E. an die Theorien Reklinghausen's.

L. Bruck-Budapest.

Ueber Eczembehandlung. Von Joseph. (Archiv. f. Kinderheilk. 26. Bd. 5. u. 6. Heft.)

Beim Kinde kann man viel mehr als beim Erwachsenen, sehr häufig durch zweckmässige prophylaktische Massregeln entweder das Auftreten des Eczems überhaupt verhüten oder doch erheblich einschränken. Man soll die Kinder nur einmal täglich baden und sonstige Waschungen fortlassen. Nach den Defäkationen und dem Urinieren wird die Haut mit trockener Watte abgewischt. Sollten Fäkalmassen der Haut angetrocknet sein, so giesst man Rüböl auf Watte und entfernt hiermit die Verunreinigung. Beim Baden wird zugleich die Haut mit einer neutralen Seife gereinigt. (J. empfiehlt die centrifugierte Kinderseife aus der Heine'schen Fabrik in Köpenick.)

Zeigen sich nur die ersten Spuren des Eczems, so ist jedes Verbot von Bädern oder auch nur von Waschen der erkrankten Stellen angezeigt, sowie der Gebrauch von Seife zu untersagen.

Steht das Eczem in voller Blüte, so ist erst recht jedes Waschen

und Baden zu verbieten; erst nach Beseitigung jeglicher Reizungserscheinung sind einfache Reinigungsbäder gestattet.

Im akuten, erythematösen Frühstadium des Eczems wendet man indifferente Puder an oder, falls der Puder allein nicht haftet, lässt vorher die kranken Stellen mit etwas Vaselinum flavum einfetten. Empfehlenswerter ist die Zinkpaste (Zinc. oxydat., Amyli $\overline{aa}$ 25,0, Vaselini flavi 50,0).

Ist es bereits zum Nässen gekommen, so versuche man, falls die kranken Stellen nicht zu grosse Körpergebiete einnehmen, zunächst Umschläge mit essigsaurer Thonerde (2 Esslöffel auf 1/4 Liter stubenwarmes Wasser, damit Leinwandlappen tüchtig durchtränken), die alle 1—2 Stunden gewechselt werden. Diese Therapie darf nicht zu lange fortgesetzt werden. Sobald die Haut gespannt erscheint und stark trocknet, sind Salben am Platze. Man streicht die Zinkpaste messerrückendick auf; darüber lässt man eine ganz dünne Lage Watte legen und bei den Extremitäten eine Trikotschlauchbinde herüberziehen, am Rumpf eine Cambricbinde anlegen und im Gesicht eine Maske aus Leinwand darüber legen. Der Verband wird morgens und abends erneuert, ohne dass jedesmal die alte Salbe entfernt wird; die Reinigung geschieht nur alle 3—4 Tage vermittels mit frischem Oel (Oleum rapae, olivarum) durchtränkter Watte. So kann man die Behandlung Wochen, ja Monate lang fortsetzen. In vorsichtiger Weise lässt man dann bei Beginn der Heilung wieder baden. Wo die Verhältnisse es gestatten, setzt man dem Badewasser 1 2 Liter Milch hinzu; wo nicht, wird Kleie als Badezusatz genommen. Nach dem Baden versäume man nie, die vorher kranken Stellen mit Lanolin oder Vaselin einzufetten, und da, wo zwei Hautstellen aneinander liegen, zu pudern.

Man kann auch, namentlich bei geringfügigen oder in Abheilung begriffenen Eczemen des Gesichts, sowie zur Nachbehandlung die Wilson'sche Salbe benutzen:

Rp.	Tinctur benzoës	15,0
	Evapora ad	7,0
	Ungt. lenient ad	100,0
	Digere, cola, adde	
	Zinci oxydat	10,0
	M. f. unguent.	

Bei intertriginösen Eczemen der Kinder ist es zuweilen empfehlenswert, erst mit einer 2—5prozentigen Höllensteinlösung zu pinseln und dann die Paste oder Salbe draufzulegen.

Ist die Rötung des Eczems geschwunden und hat das Nässen aufgehört, sind die Kinder aber trotzdem noch von starkem Jucken belästigt, geht man zum Theer über. Man beginnt vorsichtig mit einer 5prozentigen Theerpaste.

Rp.	Olei Cadini puri	5,0
	Zinc. oxydat.	
	Amyli $\overline{aa}$	22,5
	Vaselini flav. ad	100,0

und geht erst, wenn diese gut vertragen wird, zu einer 10prozentigen über. Man kann auch folgende Schüttelmixtur verwenden:

Rp. Liquor. carbon. deterg. 2,5—5,0
Amyli.
Zinc. oxydat. $\overline{aa}$ 20,0
Glycerin. 30,0
Aq. destill. ad 100,0

Dieselbe wird am Morgen aufgepinselt und am Abend darauf ein Zinkpastenverband angelegt.

Bei subakuten und chronischen Eczemen der unbehaarten Körperstellen ist das Naftalan empfehlenswert.

Bei Eczem des behaarten Kopfes ist es durchaus nicht nötig, die Haare abzuschneiden. Sind Pediculi die Ursache desselben, so lässt man den Kopf am 1. Tage 2mal mit 3—4 Prozent Sublimatessig abwaschen und dann sofort folgende Salbe messerrückendick auf die erkrankten Stellen auflegen:

Rp. Hydrarg. sulfur. rubri 1,0
Sulfur. sublimati 24,0
Olei Bergamottae gtt. XXV.
Vaselini flavi ad 100,0

Ist das Nässen gar zu stark, so kann man auch zunächst 2—3 Tage Umschläge mit essigsaurer Thonerde machen lassen und dann erst die Salbe auflegen. Das Waschen mit lauwarmen Wasser und Kinderseife wird erst gestattet, wenn das Nässen aufgehört und die Entzündung sich zurückgebildet hat.

Zur Nachbehandlung empfiehlt sich das 2mal tägliche Einfetten mit folgender Salbe:

Rp. Acid. salicylic 0,5
Tinct. Benzoes 4,0
Ol. Bergamott. 0,5
Vaselini flavi ad 50,0

Was die innere Behandlung des Eczems anbetrifft, so hat man bei Säuglingen nur für eine zweckmässige Ernährung zu sorgen. Bei älteren Kindern ist Leberthran empfehlenswerter als Arsen. Natürlich sind die Indikationen, welche sich aus sonstigen Allgemeinerkrankungen der Kinder ergeben, für die innere Therapie nicht zu vernachlässigen.

Schnell-Egeln.

Ueber Hyperidrosis spinalis superior. Von Kaposi. (Demonstration in der k. k. Gesellschaft der Aerzte am 3. März 1899).

K. stellte einen 15jährigen Knaben mit Hyperidrosis spinalis sup. vor. Derselbe soll schon im 1. Lebensjahre an der Nasenspitze geschwitzt haben, bis zum 8. Jahre nahm die Affektion an Ausdehnung zu, um dann bis jetzt stationär zu bleiben. Patient zeigt gegenwärtig Hyperidrosis an der Nasenspitze, den Augenbrauen, Ohren, an einzelnen Stellen des Halses, an den oberen Extremitäten bis zur Handwurzel und am Stamme bis zur 6. Rippe. Der Kranke trieft im Winter von Schweiss, die Schweisssekretion hört aber auf, wenn er durch schnelle Bewegung warm wird, im Sommer schwitzt er in normaler Weise. Patient zeigt an den peripheren Teilen Cyanose. Bei peripherer Reizung eines Teiles des Körpers stellt sich sofort Hyperidrosis ein, z. B. nach einem kalten Fussbade, nach einem Trunk kalten Wassers; nach einem warmen Bade gelingt es durch eine halbe Stunde nicht, die Hyperidrosis hervorzu-

rufen. Nach Pilokarpin-Einspritzung schwitzt der ganze Körper, ein durch Ligatur blutleer gemachter Arm schwitzt dabei nicht; auf nachfolgende Atropininjektion verschwindet der Schweiss am ganzen Körper, wenn jedoch die Ligatur am Arm gelöst wird, fängt dieser an zu schwitzen, die Schweisssekretion hört jedoch, jedenfalls infolge der Atropininjektion, bald auf. Die Affektion beruht auf einer übermässigen Funktion der Knäueldrüsen der Haut, deren Funktion von der Gefässbildung derselben und von nervösen Einflüssen abhängt. Das ätiologische Moment der abnorm vermehrten Schweisssekretion in umschriebenen Bezirken kann auf Reizung der vasomotorischen und sekretorischen Bahnen in ihrem peripheren Verlaufe (durch Narben), in Intervertebralganglion (bei Herpes Zoster) oder in den Centren des Rückenmarkes und des Gehirnes (bei Migräne) beruhen. Gekreuzte Hyperidrosis wird bei Paraplegien beobachtet. Ferner kommt übermässige Schweissabsonderung bei Personen mit cyanotischen und kalten Händen, Nase und Ohren, flachem Thorax, Plattfüssen, darniederliegender Digestion vor, ferner bei M. Basedowii. Nach der Ansicht des Vortragenden handelt es sich in dem vorgestellten Falle um eine centrale Hyperidrosis infolge Reizung des Brustmarkes, vielleicht auch eines höheren Abschnittes des Centralnervensystems, welches infolge Hydromyelie — Patient zeigt eine leichte Scoliose und Hydrocephalus — in einem leicht erregbaren Zustande sich befindet und auf geringfügige Reize übermässig reagiert.

Dr. Goldbaum-Wien.

Ueber die therapeutische Verwendung colloidaler Metalle. Von Schlossmann. (Therap. Monatsh. 1899, V.)

Nach Sch.'s Erfahrungen ist das colloidale Silber in den zur therapeutischen Verwendung gelangenden Dosen absolut ungiftig. Subkutan, per os, per inunctionem sowie intraperitoneal appliziert, und zwar bei Tieren bis zu 1 : 360 des Körpergewichts, hat es nie irgend ein Vergiftungssymptom hervorgerufen. In Milch mit etwas Zucker versetzt, wird eine 1prozentige Lösung von Kindern widerstandslos genommen. Eine 1prozentige Lösung in mit Eiweiss versetztem Wasser hat absolut keine reizende Wirkung auf gesunde wie auf entzündete Schleimhäute. Einträufelung ins Auge ruft ebenfalls keine Empfindung hervor. Auch die Applikation an anderen Schleimhäuten wird durchaus nicht schmerzhaft empfunden.

Sch. behandelte mit Unguentum Credé Phlegmonen, Pemphigus neonatorum, Drüsenschwellungen nach Impfung, Scharlach und Diphtherie. Was die dabei erzielte Wirkung betrifft, so glaubte er in einigen Fällen von phlegmonösen Entzündungen guten Erfolg gesehen zu haben, in anderen Fällen nahm jedoch der Prozess unbeeinflusst seinen Fortgang. Besser scheint der Einfluss der Salbe auf die Drüsenschwellungen bei akuten Infektionskrankheiten zu sein. Subkutan wurde das colloidale Silber bei einigen Fällen von tiefsitzenden Drüsenschwellungen angewandt, welche Applikation eine sicherere Dosierung als die Einreibung ermöglicht. Die Einspritzung ist anscheinend so gut wie schmerzlos und der Erfolg ein befriedigender.

Bei akuten Conjunctivitiden, vor allem bei dem gonorrhoischen Ophthalmoblennorrhoen, wurde die Conjunctiva mit einer 1—5 prozentigen

eiweisshaltigen Lösung vermittelst eines Haarpinsels überstrichen, und der Erfolg war stets ein vorzüglicher.

Nicht so gute Resultate wurden erreicht, wenn eine gleiche Lösung bei eitrigen Mittelohrentzündungen ins Ohr geträufelt wurde. Die Schwierigkeit, hier das leitende Agens an die richtige Stelle zu führen, mag an den Misserfolgen die Hauptschuld tragen.

Dagegen leistete das Präparat in 1 prozentiger Lösung bei der Behandlung der Colicystitiden unübertreffliche Dienste.

Innerlich scheint das colloidale Silber, in 1 prozentiger Eiweisslösung ein- bis zweistündlich einen Kinderlöffel voll mit etwas Milch und Syrup verabreicht, bei Kindern mit akuten Darmaffektionen infektiöser Natur mit Vorteil gebraucht zu werden.

Was das colloidale Quecksilber anbetrifft, so hat Sch. dasselbe als 10prozentige Salbe bei kongenitaler Lues angewandt. In allen Fällen wurde ein rasches Zurückgehen der luetischen Symptome, in keinem Falle irgend welche bedrohlichen toxischen Erscheinungen beobachtet. Als Dosis erweisen sich 2 g für jede Einreibung als genügend. Das Allgemeinbefinden wurden die Kinder bei der Verwendung dieser Quecksilbersalbe durchaus nicht alteriert. Alle im Säuglingsalter stehenden Patienten blieben nicht nur auf ihrem Gewicht, sondern nahmen sogar noch zu. Schnell-Egeln.

Ueber Heroinwirkung. Von B. Turnauer. (Wiener med. Presse 1899. No. 12).

Das Heroin hat nach Dreser eine sedative Wirkung auf die Atmung und zwar in 10mal kleinerer Dosis als Codein, während die letale Dosis für beide Körper gleich ist. Die Atemzüge werden durch Verlängerung der Inspirationspause seltener, dagegen wird jeder einzelne Atemzug grösser. Die Inspiration wird verlängert und verlangsamt, dabei die Inspirationskraft nahezu auf das Doppelte erhöht. Der Sauerstoffkonsum wird bedeutend herabgesetzt, ebenso die Kohlensäureproduktion, ohne dass das Sauerstoffsättigungsdefizit des arteriellen Blutes wesentlich steigt. Das Heroin ist dem Codein in allen diesen Wirkungen bedeutend überlegen, ohne dass es dessen krampferregende Wirkungen besitzt und wirkt fast gar nicht auf Hirn- und Blutdruck.

Floret-Elberfeld verwandte das Heroin in Dosen von 0,005—0,01, als Gesamtdosis die 3—4fache Einzeldosis mit sehr befriedigendem Erfolg bei Kranken.

Strube erfuhr bei seinen Versuchen in der Gerhardt'schen Klinik in Berlin, dass das Heroin ein hustenreizstillendes Mittel ist, dass auch bei Dyspnoen durch Erleichterung und Verlangsamung der Atmung gute Dienste leistet, was objektiv in diesen Fällen durch Herabsetzung der Respiration und Pulsfrequenz zum Ausdruck kommt.

Jul. Weis-Wien glaubt, dass das Heroin bei Erkrankungen der Respirationswege rücksichtlich seiner Wirkung auf die Beschwerden dem Morphin und Codein vorzuziehen ist, letzterem besonders wegen seiner grösseren Wirksamkeit.

Auch Tansek zieht das Heroin allen anderen sedativen Mitteln vor. Er sah nur einmal geringe Beschwerden, leichte Benommenheit eintreten; dagegen fand er das Präparat, das er in Dosen von 0,003—0,005

gab, von günstigem Einfluss auch auf die Schmerzen besonders bei Pneumonikern.

T. gab das Heroin in Gaben von 0,005 mit Saccharum 3mal täglich und als Herointropfen 0,05 : 15,0 Aqu. laurocerasi 15—20 Tropfen einmal, höchstens zweimal während der Nacht bei starkem Hustenreiz als Ersatz der Morphiumtropfen. In einigen Fällen machte er auch subkutane Injektionen einer 1prozentigen Lösung und zwar 3—4 Teilstücke einer Pravaz'schen Spritze. Die Lösung des Heroins wurde in beiden Fällen durch Zusatz einiger Tropfen Essigsäure bereitet. Ausserdem erhielten fast alle Patienten, weil sie über den Mangel einer Medizin klagten, Decoct. Althaeae. T. verwandte das Heroin bei 48 Patienten: Phthisikern, akuten und chronischen Bronchitiden, letzteren besonders bei Emphysematikern und dann Dyspnöen jeder Art. Das Heroin versagte nur in einem Fall (71 Jahr alt Myodegeneratio cordis, Bronchitis, Dyspnoe) vollständig, in allen anderen begann die Wirkung nach 10—30 Minuten mit einer Herabsetzung des Hustenreizes, der nach kurzer Zeit meist vollständig verschwindet, dann stellt sich Mattigkeit und oft Schlafsucht ein, die unter Umständen zum Schlafe führt. Dieser günstige Zustand dauert meistens über 2 Stunden an. In allen Fällen, wo Atemnot durch den Hustenreiz hervorgerufen wird, oder mit demselben Hand in Hand geht, ferner dort, wo die Atemnot durch eine mangelhafte Lungenventilation hervorgerufen wird, wie bei fortgeschrittenen Phthisen oder Emphysem, wird auch die subjektive Dyspnoe bedeutend verringert. Bei der subkutanen Applikation des Heroins tritt die Wirkung rascher ein. Die Injektionen wurden nur Nachts zwischen 10 und 12 Uhr gemacht und immer trat nach kurzer Zeit wohlthuender Schlaf ein, der mehrere Stunden ungestört anhielt.

Eine Angewöhnung an das Mittel, insofern die Dosen erhöht oder vermehrt werden müssen, trat bei längerer Darreichung des Heroins fast in allen Fällen ein, jedoch ohne irgend welche nachteilige Folgen. In allen Fällen, wo die Darreichung einige Zeit ausgesetzt war, konnte jedoch wieder mit kleinen Dosen die volle Wirkung erzielt werden. In zwei Fällen trat Uebelkeit auf. Bei einer älteren Dame mit schwerer Arteriosclerose trat nach 0,005 Heroin ein rauschartiger Zustand mit leichten Collapserscheinungen auf, obgleich sie Codein 0,02—0,03 gut verträgt. Es scheinen sich also bezüglich der Toleranz gegen Heroin einzelne Individuen refraktär zu verhalten und ist es daher zu empfehlen, bei schwächlichen und älteren Individuen bei der ersten Darreichung nicht über 0,005 hinauszugehen. Drews-Hamburg.

Ueber Citrophen. Von Frieser. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift No. 25. 1899.)

In einem Artikel über Fieber und Antipyrese erwähnt F., dass er in der Kinderpraxis zu wiederholtenmalen das Citrophen angewendet hat und dasselbe sich als schätzbares Antifebrile erwiesen hatte. In einem Falle von Pneumonie bei einem drei Jahre alten Kinde war das Fieber einigen versuchten Antipyreticis gegenüber überaus hartnäckig. Der Kräftezustand des Kindes verschlimmerte sich wegen des anhaltenden Fiebers in bedenklicher Weise, F. machte daher noch einen Versuch mit Citrophen. Schon nach einigen Gaben von je 0,3 konnte in erfreulicher Weise eine Temperaturabnahme konstatiert werden und das

Kind fühlte sich merklich besser. Nach 3 Tagen war vollkommene Apyrexie erzielt. Gleichzeitig besserte sich der Appetit, der früher gänzlich fehlte, sodass das Kind in genügender Menge Nahrung zu sich nehmen konnte. Ein zweites Kind im Alter von 2 Jahren war an Bronchitis erkrankt und hatte längere Zeit hindurch allabendlich Fieber bis zu 39⁰. F. gab Citrophen in Lösung 1,50 g auf 100 g Aqua, 3 bis 4mal täglich ein Esslöffel; auch hier wirkte dasselbe prompt und wurde gerne genommen. Das Kind schlief weit ruhiger und war am Morgen viel frischer. Leichte Schweisse traten auch hier auf, welche jedoch das Allgemeinbefinden des Kindes nicht alteriert hatten.

Dr. Goldbaum-Wien.

Gesundheitspflege.

— Auf der Tagesordnung der Mitte Mai in Stuttgart abgehaltenen 8. Konferenz der Centralstelle für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen stand die Fürsorge für die Säuglinge. Das Referat über den allgemeinen Teil erstattet der Medizinalrat Dr. Hauser-Karlsruhe. Er legt das Uebel der Kindersterblichkeit dar, beleuchtet die Mittel zur Abhilfe und tritt im weiten Umfange für eine staatliche Organisation des Kinderschutzes ein. Seine Leitsätze lauten:

1. Die Fürsorge für Säuglinge unbemittelter Volksklassen erscheint als soziale Pflicht des Staates wie der privaten Wohltätigkeitsvereine.
2. Als Mittel empfehlen sich
   a) gesetzliche Bestimmungen zum Schutze hochschwangerer Personen in gewerblichem Betriebe,
   b) gesetzliche Gewährleistung von Unterstützungen durch die Krankenkassen,
   c) Besserung unserer gesamten Geburts- und Wochenbettshygiene durch Hebung des Hebammenstandes und Förderung der Wochenbettspflege,
   d) Asyle und Anstalten zur zeitweiligen und gleichzeitigen Aufnahme von Säuglingen und Müttern nach Entlassung der letzteren aus der ersten Geburts- und Wochenbettspflege,
   e) Anstalten zur zeitweiligen Aufnahme und Verpflegung erkrankter Säuglinge,
   f) Gesetzliche Organisation des öffentlichen Kinderschutzes und Schaffung einer gut organisierten und gut überwachten Aussenpflege.
3. Gut überwachte und gut geleitete Krippen sind für wenig bemittelte Bevölkerungsschichten von Segen und darum bei uns in erweitertem Umfange anzustreben.

Dr. Taube spricht über das Haltekinderwesen. Er schildert das Leipziger Ziehkindersystem und die damit gemachten Erfahrungen in Bezug auf die moralische Qualifikation der Zieheltern. Die uneheliche Mutter sei unfähig, die Vormundschaft auszuüben, daher habe man in Sachsen seit 13 Jahren die Generalvormundschaft eingeführt. In Leipzig sind 9239 Kinder bei Zieheltern untergebracht. Es werden acht besonders besoldete Pflegerinnen gehalten, die in Gemeinschaft mit dem Arzt strenge Aufsicht führen im hygienischen und moralischen Inte-

resse. Das Resultat der Leipziger Erfahrungen ist Heranziehung der Eltern zu ihren Pflichten und Gedeihen der Kinder. Freiwillige Pflegerinnen eignen sich nicht. Die Beaufsichtigung hat sich auch auf die unentgeltlich untergebrachten Kinder zu erstrecken. Die Staatshilfe für uneheliche Säuglinge sei notwendig wegen deren hoher Sterblichkeitsziffer, der ungeeigneten Behandlung, welche sie erleiden, des hohen Prozentsatzes, den sie zu den Verbrechern stellen, und wegen der zahlreichen Kindermorde. Deshalb sei eine allgemeine Einführung der General-Vormundschaft zu empfehlen.

In der Diskussion spricht Dr. Klumker-Frankfurt die Befürchtung aus, die Krippen würden den Zusammenhang der Familie lockern. Man müsse darauf bedacht sein, diesen Zusammenhang zu erhalten. Krippen seien zn kostspielig und könnten nur Müttern im nächsten Umkreis von Nutzen sein. Das Leipziger Ziehkindersystem sei vorzuziehen. Dr. Oppenheimer-Stuttgart verbreitet sich über die Kindersterblichkeit; seit Jahren sei sie im Fallen begriffen. Aber noch stärker fallen die Geburtsziffern. Das sei ein bedenkliches Symptom. Er tritt insbesondere für Schaffung besserer Ernährungsmittel ein, namentlich auch gesunder Milch, ferner für Ausbildung der Kinderheilkunde, Schaffung von ambulatorischen und Säuglingskrankenhäusern. Regierungsrat Falch teilt eine Anzahl von Erfahrungen von Pfarrer Wurster mit. Nachdem er betont hat, dass die Krippen allmählich den falschen Grundsatz, nur eheliche Kinder aufzunehmen, aufgegeben haben, sagt er, es sei an der Zeit, die Mütter in den Stand zu setzen, dass sie die Krippen nicht mehr brauchen; die Fabrikarbeit verheiratheter Frauen solle verboten werden. v. Herzog hält das für unmöglich. Geh. Rath Post will statt der Fabrikarbeit den Frauen Hausindustrie überweisen. Boetzow-Hamburg empfiehlt das Hamburger System, das nur eine Ueberwachung kennt, die von Vertrauenspersonen des Waisenhauses ausgeführt werde.

Ministerialrath Thiel vom Landwirtschaftsministerium in Berlin ist ein Gegner der Hausindustrie, weil sie lohndrückend und hygienisch schädlich wirke. Auch könne die Industrie und die Landwirtschaft die Hilfe der Frauen noch nicht entbehren. Man müsse die Frauenarbeit ethisch und hygienisch zu heben suchen. Die Krippen sollen keine Wohlthätigkeitsanstalten sein. Die Arbeiter sollen in den Stand gesetzt werden, für die Krippen zu bezahlen. Die Frau könne zudem im Hauswesen nicht beschäftigt werden. Bürgermeister Walz-Heidelberg empfiehlt die Einführung der Generalvormundschaft für die unehelichen Kinder. Nach einem kurzen Schlusswort der beiden Referenten schliesst der Präsident mit dem Ausdrucke der Ueberzeugung, dass reiche praktische Erfahrungen hier zum Vortrag gebracht wurden und die gute Sache gefördert worden sei.

Rezensionen.

Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten. Briefe an einen jungen Arzt. Von Priv.-Doc. Dr. W. Neumann. Berlin, O. Coblentz. 1899. Preis 7 Mark.

In der anschaulichen Form von Briefen schildert N. die Behandlung der Kinderkrankheiten, indem er dabei namentlich alle therapeu-

tischen Details (angenehme Verabreichungsweise, genaue Dosierung etc.) berücksichtigt. Das Buch ist für den angehenden Arzt — obgleich wir damit nicht sagen wollen, dass nicht auch für den älteren Arzt recht viel daraus zu erlernen sei — durchaus empfehlenswert.

Die Arzneimittel der heutigen Medizin mit therapeutischen Notizen. Von Roth-Schmitt, bearbeitet von Dr. Otto Dornblüth. 3. Aufl. Würzburg, A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch), 1898. Preis 6 Mark.

Das vorliegende Werkchen ist ein allgemein bekanntes Compendium der Arzneimittellehre und ist die neue Auflage in durchaus entsprechender Weise umgearbeitet und einige recht praktische Abschnitte, wie Winke zur Ersparnis bei der Arzneiverordnung, Anleitung zur Hydrotherapie etc. sind hinzugefügt worden. Auch in der neuen Bearbeitung wird sich das Compendium unter den praktischen Aerzten zahlreicher Freunde zu erfreuen haben.

Organothérapie ou Opothérapie. Par le Dr. C. Hillemand. Paris, G. Steinheil, 1899. Preis 60 Pf.

In durchaus klarer und anschaulicher Weise giebt Verf. den gegenwärtigen Stand der Organo- und Opotherapie wieder. Wir hahen in der heutigen Nummer einen Abschnitt aus dem anziehend geschriebenen Büchelchen als Originalartikel wiedergeben.

Die neuere Geschichte der Medizin. Von O. v. Boltenstern. Leipzig, C. G. Naumann, 1898. Preis 3 Mark. (Medizinische Bibliothek für prakt. Aerzte. Nr. 142—147).

Es ist als ein glücklicher Gedanke zu bezeichnen, die neuere Medizin (vom 16. Jahrhundert ab) in einer Sonderdarstellung eingehender zu behandeln, und Verf. hat sich seiner Aufgabe mit Geschick erledigt. Wenngleich in dem engen Rahmen, der zur Verfügung stand, eine gewisse Gedrängtheit sich geltend machen musste, so hat dieselbe doch weder der Verständlichkeit noch der Lesbarkeit Eintrag gethan, vielmehr erhalten wir eine recht fesselnde Uebersicht über die grossartige Entwicklung, welche die Medizin vom Beginne der Renaissanceperiode bis auf unsere Tage genommen hat. Dabei ist jedes der Spezialfächer gebührend berücksichtigt worden und auch der biographische Teil nicht zu kurz gekommen. Zur Einführung hat Verf. die wichtigsten Momente aus der Medizin des Altertums und des Mittelalters zusammengestellt. Ein sehr reichhaltiges Namenregister erhöht den Wert des Buches, welches Aerzten, die sich für die Geschichte ihrer Wissenschaft interessieren — und das sollten alle —, zur Orientierung empfohlen werden kann.

Guttmann-Breslau.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Un cas de meningite à bacille d'Eberth. Von Hugot. Bei der Aufnahme in das Hospital erregte ein 6jähriges Kind, welches einige Tage zuvor ziemlich plötzlich unter Fieber, grosser Abgeschlagenheit, Erbrechen und Diarrhoe erkrankt war, den Verdacht auf Typhus abdominalis. Am nächstfolgenden Tage war das Krankheitsbild so ver-

ändert, dass man die Diagnose auf Meningitis stellte. Unter meningitischen Erscheinungen ging das Kind nach einer Woche zu Grunde. Obduktion und bakteriologische Untersuchung zeigten, dass es sich um den seltenen Fall einer durch Typhusbacillen bedingten eitrigen Meningitis im Verlaufe eines zweifellosen Typhus abdominalis handelte. (Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1899.)

v. Boltenstern (Bremen).

— Zweiter Fall von Diphtherie-Noma, Noma faciei; Behandlung mit Heil-Serum; Herstellung. Von Freimuth und Petruschky. Die Verff. haben vor Kurzem einen Fall von Noma genitalium veröffentlicht, bei dem Diphtheriebacillen in der nekrotischen Schleimhaut der Schamlippen gefunden wurden. Das erkrankte Kind war unter der Behandlung mit Heilserum genesen. Jetzt beschreiben die Verff. einen Fall von Gesichts-Noma bei einem 8 Jahre alten Kinde. Die Erkrankung trat in der sechsten Woche eines Unterleibstyphus auf und zeigte einen sehr schweren Charakter, wie schon daraus hervorgeht, dass es zur Necrose und Abstossung zweier grosser Stücke des Kiefers kam. Die bakteriologische Untersuchung ergab neben bekannten Mundsaprophyten Loeffler'sche Bacillen. Dem Kinde wurden 9500 Immunitätseinheiten von Heilserum in 9 Dosen eingespritzt. Der Knabe ist völlig genesen. Die beiden Fälle gleichen einander völlig, nur dass im zweiten Falle die Meerschweinchenpathogenität der Bacillen gering war, was übrigens nach der Ansicht von P. unter den vorliegenden Umständen nichts gegen ihre Echtheit beweist. F. ist fest überzeugt, dass die Heilung durch das Heilserum bewirkt worden ist. (Deutsche med. Wochenschrift 1898.)

Dr. F. Schmey, Beuthen O.-S.

Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.
Menthol. 0,5
Salol.
Ol. Olivar. aa 1,0
Lanolin. ad 100,0
Mf. ungt. DS. äusserlich.
Fissura man.
(Pediatr.)

Rp.
Asa foetid. 7,0
Liq. Ammon. acet. 25,0
Aq. Menth. pip. 60,0
Syr. Croc. 20,0
MDS. 1—2 stdl. 1 Theel.
Spasm. glottid.
(Miller.)

Rp.
Creosot. 1,0
Ol. Morrh. 90,0
Saccharin. 0,05
MDS. tgl. 1—6 Kaffeel.
Bronchitis nach Masern u. Keuchhusten.
(Hock.)

Rp.
Naphthol. 3,0
Chloroform. 0,6
Ol. Ricin. 90,0
Ol. Menth. pip. 0,3
MDS. theelöffelw. in Portwein oder heissem süssem Kaffee.
Intestinale Antisepsis
(Massinnowitsch.)

Rp.
Eucalyptol. 5,0
Creosot. 12,5
Tinct. benz. 25,0
Balsam. Copaiv. 40,0
Ol. Olivar. 100,0
MDS. zum Clysma, mit Milch zu vermischen, anfangs 30 Tropfen, allmählich zu steigern bis 2 Theelöffel tgl.

Bronchiectasie.
(Molle d'Aubernas.)

Kleine Mittheilungen.

— Acetoncelluloid zur Verwendung in der Orthopädie. Bekanntlich hat Lorenz im Jahre 1889 zur Behandlung der Spondylitis das Reclinationsgipsbett empfohlen, mit welchem auch nach neueren Mitteilungen recht gute Erfolge erzielt werden. Das Lorenz'sche Bett wird von Gips oder Holzspänen in Verbindung mit Leim hergestellt. W. Mayer. (Deutsche med. Wochenschrift 1899 No. 1.) bevorzugt dagegen das Celluloid wegen der Leichtigkeit des Materials. Dadurch und mit Unterstützung seiner Festigkeit ist ein leichter Transport der in dem Apparat liegenden Patienten ermöglicht. Verf. legt zwischen die Celluloidmullschichten etwa 15 mm. breite Stahlstreifen, teils in Längs- teils in Querrichtung ein, ein Verfahren, welches der Stabilität und Elasticität der Apparate, namentlich der Corsette, sehr zu statten kommt. Angewandt wird das Celluloid in Acetonlösung, mit welcher die Mullbindenschichten bestrichen werden. Das Acetoncelluloid wird auf Veranlassung des Verf. von der rheinischen Celluloidfabrik in den Handel gebracht. Verf. sieht einen Hauptvorteil des Celluloidbettes vor anderen Lagerungsapparaten noch in folgendem: Setzt man die festgehärtete Celluloidmasse dem strömenden Wasserdampf aus, so wird in einigen Minuten die Masse so weich, dass man ihr jede gewünschte Form geben kann. So können wir das Celluloidbett, wie überhaupt jede für irgend eine andere Deformität bestimmte Hülse, jederzeit, und so oft wie nötig, ummodellieren. Dies ist vorteilhaft an den Stellen des Bettes anzuwenden, welche einen besonders kräftigen Druck auf irgend eine Körperpartie, wie z. B. eine kypho-skoliotische Stelle, ausüben sollen. Es wird auf diese Weise unter Umständen ermöglicht, die Behandlung der Deformität bis zu ihrer Ausheilung in einem einzigen Apparat durchzuführen. Die Haltbarkeit der Celluloidbetten ist sehr gut. Verf. hat Betten fast ein Jahr im Gebrauche gesehen, ohne dass sie sich in ihrer Haltbarkeit verändert hätten.

Dr. F. Schmey, Beuthen O.-S.

Druck von Herm. Schmidt, Schönefeld-Leipzig.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 3836) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

X. Jahrg. September 1899. Heft 9.

Erfahrungen über die Kindermilch nach Backhaus.

Von Dr. Friedmann. Kinderarzt in Beuthen O/Sch.

Dass in der Säuglingsernährung die Mutter- resp. Ammenmilch an erster Stelle steht, ist und bleibt ein unanfechtbares Dogma; ebenso unzweifelhaft ist es aber leider, dass in immer steigender Zahl den Müttern Fähigkeit oder Wille zum Stillen ihrer Kinder abhanden kommt. Dass auch das Ammenmaterial dieser Degeneration zu unterliegen beginnt, wird jeder bestätigen können, der häufig Ammen zu untersuchen hat. Eine gute Amme zu finden wird immer schwerer, und wenn man sich dazu noch die Thatsache vergegenwärtigt, dass in einem erschreckend hohen Prozentsatz von Fällen des Wohlbefinden des von der Amme zu nährenden Kindes durch das Leben oder zum mindesten durch ein gut Teil Lebenskraft des Ammenkindes erkauft wird, so wird man sich immer dringender in die Lage versetzt wünschen, die künstliche Ernährung so gestalten zu können, dass sie der natürlichen möglichst adäquat wird.

Es würde mich zu weit führen, wollte ich an dieser Stelle alle hier in Betracht kommenden, teilweise lediglich auf theoretischer Spekulation beruhenden Postulate anführen. Es sind in den letzten Jahrzehnten und Jahren eine grosse Zahl aller möglichen Säuglingsnährmittel auf den

Markt gebracht worden, die meist sehr schön den jeweilig geltenden Theorien der Ernährungsphysiologie und -Chemie entsprachen, ohne indessen den Bedürfnissen der Praxis gegenüber standhalten zu können. Der Praktiker wird nur dann ein Nährmittel anerkennen dürfen, wenn es nicht nur das gesunde Kind in seinem Gedeihen fördert, sondern — und das erst ist das wesentliche Kriterium — wenn es bei erkrankten oder geschwächten Digestionsorganen die Rückkehr zur Norm anbahnen hilft, also nicht nur Nähr- sondern zugleich auch Heilmittel ist.

In neuester Zeit wird nach Angaben von Prof. Backhaus eine Kindermilch gewonnen, die schon mit Rücksicht auf die Herstellung Aufmerksamkeit verdient. Das Verfahren ist im wesentlichen folgendes: unter Innehaltung peinlicher Reinlichkeit beim Melken wird von besonders gut gehaltenen Kühen eine Milch gewonnen, die durch die Centrifuge in Rahm- und Magermilch geschieden wird. Durch Zusatz von Trypsin wird in letzterer einen Teil des schwer verdaulichen Caseins in das leicht verdauliche Albumin übergeführt und das überschüssige Casein durch Lab ausgefällt. Hierauf wird Wasser, Rahm und Milchzucker zugesetzt und zwar in drei ansteigenden Procentgraden, so dass drei verschieden gehaltvolle Milchsorten resultieren. Sorte I ist für junge, Sorte II für ältere Säuglinge bestimmt, Sorte III für das spätere Alter.

Die Backhausmilch zu erproben, bot sich mir zuerst Gelegenheit bei meinem eignen Kinde. Die Kleine musste mit drei Monaten von der vollen Mutterbrust abgesetzt werden, weil sie trotz aller Cautelen fast unausgesetzt an Dyspepsieen litt. Eine gute Amme war nicht zu erlangen, die Ernährung mit verdünnter Kuhmilch schlug fehl. Ich gab nun Backhaus Sorte I und konnte schon von der ersten Flasche ab einen geradezu idealen Erfolg verzeichnen. Die Verdauungsstörungen verschwanden augenblicklich und definitiv, und alsbald begann das Gewicht sich rapide zu heben. Mit fünf Monaten bekam das Kind ohne jede Störung die ersten Zähne. Die Ernährung mit Backhausmilch setzte ich bis zum neunten Monate fort. Heute, mit zwei Jahren, ist das Kind von blühender Gesundheit und in jeder Hinsicht über sein Alter hinaus entwickelt.

Bei einer grösseren Reihe von Erkrankungen des Magendarmkanals habe ich seitdem die Backhausmilch verabreichen lassen. Nach Ausscheidung derjenigen Fälle, meist Auswärtiger, die sich nach kurzer Zeit der Beobachtung entzogen, verfüge ich über 27 Krankengeschichten. Dieselben umfassen alle Altersstufen von Neugeborenen bis in das zweite Lebensjahr hinein. Zur Behandlung gelangten fast alle Krankheitszustände des kindlichen Verdauungstraktes, von der leichten Dyspepsie bis zum Brechdurchfall und zur schweren follikulären Enteritis. Ich verzichte darauf, hier die einzelnen Krankengeschichten mitzuteilen und werde lediglich das verzeichnen, was mir für die Praxis beachtenswert zu sein scheint.

Hier und da hörte ich, dass die Backhausmilch bei oder nach Magendarmkrankheiten der Säuglinge nicht immer zu dem gewünschten Resultat geführt habe. Fast regelmässig konnte ich in diesen Fällen feststellen, dass die Milch nicht unter den Cautelen gegeben worden war, die der jeweilige Krankheitszustand erheischt hätte. Das Vertrauen auf ein Nährpräparat darf nicht so weit gehen, dass hierbei die Schonung unterlassen wird, die wir sonst dem Krankheitszustande anzuge-

deihen gewöhnt sind. Den einzelnen Krankheitsgruppen gegenüber verhielt ich mich folgendermassen:

Handelte es sich um eine einfache Dyspepsie akuten oder chronischen Charakters, so setzte ich zunächst auf 8—24 Stunden jede Nahrung aus. Patient erhielt nichts weiter als Fenchel- oder Lindenblütenthee, allenfalls in grösseren Zwischenräumen dünnen Reisschleim. Medikamentös gab ich kleine Dosen Calomel. Waren, was unter diesem Regime regelmässig eintrat, die dyspeptischen Erscheinungen geschwunden, so gab ich die dem Alter des Kindes entsprechende Milchsorte in genau abgemessener Quantität und in bestimmt eingehaltenen Intervallen. Aehnlich war mein Verhalten bei akuter Gastroenteritis, mit der Modifikation jedoch, dass ich gleich beim Eintritt des Kindes in meine Behandlung eine Magenausspülung unter Zusatz von acid. muriat. machte. Die Hungerpause dauerte mindestens 24 Stunden, jedenfalls solange, bis der Brechreiz aufgehört hatte. Calomel gab ich anfangs in abführender, später in stopfender Dosis. Hervorheben möchte ich hier, dass mir der Hafer- oder Reisschleim zur Milch, der sonst stopfend zu wirken pflegt, die Bekömmlichkeit und diätetische Heilsamkeit des Präparates zu stören schien. Ich gab deshalb die Milch später immer pur.

Bei Cholera infantum verfolgte die Behandlung zu Anfang gleichfalls das Ziel, die stürmischen Magen- und Darmerscheinungen zu dämmen. War der Magen in seiner Toleranz soweit gefördert, dass er mehrere Stunden hintereinander löffelweise gereichten, eiskalten Thee behielt, so wurde mit grösster Vorsicht etwa viertelstündlich ein Kaffeelöffel auf Eis gekühlter Backhausmilch gegeben, und zwar ohne Rücksicht auf das Alter des Kindes Sorte I. Ganz allmählich wurde mehr, dafür in grösseren Pausen gegeben, bis endlich die Milch warm in den gewohnten Zwischenräumen gegeben werden konnte. In mehreren Fällen dieses Sommers hatte ich die Freude, die kleinen Patienten auf diese Weise durchzubringen. Nach früheren Erfahrungen bin ich überzeugt, dass ausser der Mutter- oder Ammenbrust kaum ein anderes Nährmittel mit diesem glücklichen Erfolge hätte gegeben werden können.

In drei Fällen von Enteritis follicularis gab ich solange mehlige Diät, bis die subjektiven Beschwerden geschwunden, der Schleimgehalt der Stühle sich zu mindern und ihre Konsistenz zuzunehmen begann. Die hierauf verabreichte Backhausmilch führte zu völliger Rekonvalescenz. Auch hier hatte ich den Eindruck, dass der geschwächte und empfindliche Darm ein anderes Nährmittel kaum so erfolgreich verarbeitet haben würde.

Schliesslich habe ich noch einige Beobachtungen bei Kindern jenseits des ersten Lebensjahres zu verzeichnen, die infolge vorzeitiger und übermässiger Fütterung mit Fleisch, Wurst, Kartoffeln etc. in einen hochgradig atrophischen Zustand geraten waren. Verstopfung wechselte hier mit Diarrhoe ab. Subjektiv trat bei diesen Kindern bei dauernder Unruhe und Reizbarkeit die Colica flatulenta in den Vordergrund. Auch hier vertrug der malträtierte Darm und im Weitern der Organismus die Backhausmilch recht gut. Die Kinder bekamen einige Wochen hindurch weiter nichts als diese, und erst allmählich wurden kleine Beigaben von Opel's Zwieback, Gelbei, geschabten Fleisches, Mondamin etc. gestattet. In Kurzem blühten dann die Kinder sichtlich auf.

In dreien meiner 27 Fälle war ich genötigt, von der Backhausmilch

wieder abzugehen. Bei Zweien war der Miserfolg sicherlich grösstenteils auf die unachtsame und verständnislose Wartung seitens der Mütter zurückzuführen. Im dritten Falle erfolgte nach anfänglichem Gedeihen des Kindes nach wenigen Tagen ein Rückfall in den Darmkatarrh dadurch, dass eine undicht verschlossen gewesene Flasche mit schon leicht angesäuerter Milch gegeben worden war. Das Kind erhielt weiterhin eine Amme. Selbstverständlich wird es bei aller Sorgfalt in der Herstellung sich nicht vermeiden lassen, dass hier und da einmal eine schlechte Flasche mit unterläuft. Ich gebe deshalb den Müttern den Rat, von jeder Flasche vor dem Gebrauch zu kosten und bei nicht ganz einwandsfreiem Geschmack der Milch diese Flasche zurückzugeben.

Ziehe ich aus meinen Beobachtungen den Schluss, so kann ich feststellen, dass die Backhausmilch mir recht gute Dienste geleistet hat. Die Kinder überwanden ihre Magen- und Darmstörungen schnell und gediehen in der Folge ganz vortrefflich weiter. Soweit die Mütter regelmässige Wägungen vornahmen, konstatierten wir erhebliche, teilweise sogar überraschend hohe Gewichtsziffern. Die der ärmeren Bevölkerungsklasse angehörenden Kinder erhielten, nachdem durch mehrwöchentlichen Gebrauch der Milch Verdauung und Ernährung in das rechte Geleise gelangt waren, entsprechend verdünnte Kuhmilch weiter, die besser Situierten blieben Monate lang mit andauernd gutem Resultate bei der Kindermilch.

Somit kann ich die Backhausmilch überall da, wo aus irgend einem Grunde dem Säugling Brustnahrung nicht geboten werden kann, als zuverlässiges Nähr- und Heilmittel empfehlen.

Referate.

Ein Beitrag zur Behandlung der Tuberkulose. Von Zeuner. (Dtsch. med. Wochenschr. 1899, No. 22).

Z. empfiehlt bei der Lungenschwindsucht den Leberthran, da derselbe meist nur mit Widerwillen von den Patienten genommen und häufig sehr schlecht vertragen wird, wenn er längere Zeit in genügenden Mengen gebraucht werden soll, methodisch durch Bleibeklystiere mittels Gummispritze in den Mastdarm zu applizieren. Damit der Mastdarm bei den Klystieren nicht gereizt wird, darf die Spritze kein hartes Ansatzrohr haben, sondern dasselbe muss weich und nicht zu kurz sein. Gewöhnlich benutzt wird Oleum Jecoris Aselli flav., welchem der besseren Resorption wegen noch 0,6 Prozent feinstes Kochsalz beigemengt werden; davon lässt man ein Quantum von etwa 30--50 ccm. langsam einspritzen, ev. zwei- bis dreimal täglich. Bei Patienten, die an Blähungen leiden, trachtet man erst diese Flatulenz zu heben und bringt hier den Thran eine Stunde nach einem Reinigungsklystier langsam mittels Irrigators und weichen Gummirohres in die höher gelegenen Darmpartien ein, wobei das Eindringen von Luft sich leicht vermeiden lässt. Im Verlaufe der Kur, besonders im Anfang, kommt es manchmal vor, dass etwas Diarrhoe auftritt, jedoch ist dieser Zustand fast stets in ein bis zwei Tagen be-

hoben, so dass dann die Behandlung ohne weitere Schwierigkeit Wochen und Monate lang fortgesetzt werden kann.

Die Therapie vom Darme aus verdient gerade bei der Tuberkulose in ausgedehntem Masse angewendet zu werden, weil sie uns die Möglichkeit bietet, dem geschwächten, blutarmen, in der Abzehrung begriffenen Körper nicht nur hochwertige Nährmittel zuzuführen, sondern auch eine gesteigerte Thätigkeit derselben durch leicht aufzusaugende Mengen von Flüssigkeit hervorzurufen. Der Leberthran wird vom Darm aus sehr leicht resorbiert. In gewissen Fällen, wo es darauf ankommt, einem erheblichen Säfteverlust entgegenzuarbeiten, kann man, auch von hohen Darmeingiessungen Gebrauch machen, sei es, dass man grössere Mengen von Leberthran einbringen will, sei es, dass man gegen tuberkulöse Darmleiden mit Diarrhoe dünne, adstringierende Lösungen von Tannin, Heidelbeerabkochungen oder ähnlichem einlaufen lässt, oder sei es endlich, dass man eine stark verdünnte Kochsalzlösung oder schwache, wässrige und milchige Lösungen mit Emser Brunnen und, anderen Heilquellen dem Darme einverleibt, um den Stoffwechsel zu fördern und neue Säfte in den Kreislauf zu bringen.

Will man die Wirkung des Leberthrans noch verstärken, so kann man demselben geringe Dosen von Phosphor (0,002—0,005 zu 250 Thran) zusetzen, jedoch nicht allzulange.

Während schwerer fieberhafter Zustände im Verlaufe der Phthisis soll man mit der Verordnung von Leberthran in Form von Bleibeklystieren zeitweise pausieren oder wenigstens nur schrittweise und langsam vorgehen, nachdem man die Reaktionsfähigkeit der einzelnen Kranken vorsichtig ausprobiert hat. Hier erweisen sich dann die Einspritzungen oder hohen Einläufe von wässrigen und milchigen Lösungen der Heilquellen als vorteilhaft.

An Stelle des Leberthrans dürfte manchmal auch das von v. Noorden empfohlene pflanzliche Sesamöl durch Klystiere gegeben werden.

Schnell, Egeln.

Ueber die Steigerung der Giftproduktion der Diphtheriebazillen bei Symbiose mit Streptococcen. Von Paul Hilbert. A. d. königl. hygien. Institut der Universität zu Königsberg i. Pr. (Zeitschrft. f. Hygiene etc. 1898. XXIX. Bd. 2. Heft.)

Aus der bisherigen Litteratur ergiebt sich, dass die Giftproduktion der Diphtheriebazillen in Bouillon-Kulturen ausserordentlichen Schwankungen unterworfen ist, meist tritt sie nach 1 bis 3 Wochen auf, gelegentlich bereits am ersten Tage, mitunter erst nach einem halben Jahr, bisweilen überhaupt nicht. Diese Differenzen treten nicht nur bei Diphtheriebazillen verschiedener Abstammung hervor, auch ein und derselbe Bazillus kann die weitgehendsten Verschiedenheiten in dieser Beziehung darbieten. Die Ursache hierfür ist hauptsächlich in der Beschaffenheit des Nährbodens zu suchen, indem reichlicher Zuckergehalt der Giftproduktion ungünstig, starke Alkalisierung derselben günstig zu sein scheint. Verf. hatte gefunden, dass in Mischkulturen von Diphtheriebazillen mit Streptococcen die alkalische Reaktion der Bouillon früher auftritt und stärkere Grade erreicht als in Reinkulturen von Diphtheriebazillen und hatte, gestützt namentlich auf die Untersuchungen von Cobett, welcher nachgewiesen, dass die Giftbildung und der Alkalescenz-Grad in der

ersten Zeit parallel laufen, die Vermutung ausgesprochen, dass in den Mischkulturen dementsprechend auch die Giftbildung eine intensivere sei. Vorliegende Arbeit bringt die genaueren Untersuchungen, welche diese Ansicht bestätigen sollen.

Die Versuche wurden möglichst gleichmässig angestellt und, wenn angängig, wiederholt; sie wurden eingeteilt in Reagensglasversuche, Titrierungen und Tierversuche. Bei ersteren wurden die Farbenveränderungen der Lackmusbouillon unter dem Einfluss der Diphtheriebazillen, der Streptococcen und beider zusammen notiert; bei den Titrierungen wurde versucht, einen möglichst genauen Massstab für die Säure- bez. Alkalibildung zu gewinnen; durch letztere sollte der Beweis geliefert werden, dass das in den Mischkulturen entstandene Gift thatsächlich mit dem Diphtherietoxin indentisch sei.

Konnte Verf. nun zeigen, dass Diphtheriebazillen und Streptococcen bei gemeinsamen Wachstum die Reaktion der Nährbouillon früher und stärker alkalisch machen, so scheint mir der Nachweis, dass thatsächlich in den Mischkulturen eine grössere Menge Diphtherietoxin gebildet wird als in Reinkulturen, nicht sicher erbracht. Die Schwierigkeit besteht darin, wie auch Verf. anführt, dass die chemischen Eigenschaften des Diphtherietoxins unbekannt sind. Die Schwierigkeit muss aber fast unüberwindlich werden, wenn das D.-T. nicht allein in einer Flüssigkeit vorhanden ist wie in Mischkulturen, da von einer Trennung beider, wie hier, nicht die Rede sein kann. Die Erkennung des Gehaltes an D.-T. durch seine spezifische Giftwirkung auf den tierischen Organismus und durch seine Paralysierung durch das im Heilserum enthaltene spezifische Antitoxin kann deshalb in Mischkulturen annähernd richtig nur durch eine grosse Reihe von Versuchen erfolgen, in denen die Grenzwerte der Giftwirkungen auf das genaueste bestimmt und berücksichtigt werden.

Verf. spritzte zweien Meerschweinchen je das Filtrat einer Mischkultur und einer Reinkultur ein und fand, dass ersteres das Tier schneller tödtete als letzteres. Die Sektion zeigte in beiden Fällen typische experimentelle Diphtherie. Bei zwei weiteren Versuchen erhielt je ein Meerschweinchen ein bestimmtes Quantum von dem Filtrat einer Mischkultur, das andere ausser derselben Dosis gleichzeitig Heilserum; die ersteren starben an typischer Diphtherie, die letzteren blieben gesund. Diese Versuche sollen nach Verf. beweisen, dass die Steigerung der Giftwirkung in den Mischkulturen auf Steigerung der Giftigkeit des Diphtherietoxins beruht.

Bei den drei Möglichkeiten, welche diese Thatsache erklären können,

1. die D.-B. wachsen üppiger bei Association mit Streptococcen,
2. durch die Streptococcen wird in der Kulturflüssigkeit eine Veränderung bewirkt, welche der Toxinerzeugung durch die Diphtheriebazillen günstig ist,
3. die Virulenz der D.-B. wird durch die Symbiose erhöht,

lässt Verf. eine weitere ausser Betracht, dass nämlich die durch die Streptococcen doch zweifellos gebildeten Toxine die Giftwirkung des Diphtherietoxins unterstützen. Dagegen sprechen die Versuche des Verf. keineswegs. Es ist sehr gut angängig und denkbar, dass in dem „Mischtoxin", wie auch Bernheim sich ausdrückt, der, wenn auch überwiegende Anteil des Diphtherietoxins bei den Tierversuchen durch das Antitoxin unwirksam gemacht wird, und dass der Rest von Strepto-

coccen-Toxin nicht genügt, eine erhebliche Erkrankung zu veranlassen, sei es, dass er nun im Verein mit dem Diphtherietoxin bei Meerschweinchen Krankheitserscheinungen auszulösen vermag. Dann ist es auch nicht auffallend, wenn bei den Meerschweinchen, welchen das Mischtoxin beigebracht worden, bei der Sektion nur die Anzeichen der experimentellen Diphtherie nachgewiesen werden können, da man einmal ruhig zugeben kann, dass das Diphtherietoxin die eigentliche Todesursache abgiebt, andermal aber auch das Streptococcentoxin keine spezifischen, sondern nur allgemein septische Erscheinungen zu machen braucht.

Köppen-Norden.

Behandlung der Masern mittelst Lichtstrahlen. Von Chatinière. (Press. med. No. 75, 1898 — Klinisch-therapeutische Wochenschrift No. 50, 1898).

Die Erfolge, die in letzter Zeit mit der Lichttherapie bei manchen Hautkrankheiten erzielt worden sind, veranlassten Ch., diese Behandlung auch bei Masern anzuwenden. Das sehr einfache Verfahren bestand darin, das Krankenzimmer mittelst roter Vorhänge so abzuschliessen, das sämtliche Oeffnungen, durch welche Lichtstrahlen eintreten können, verdeckt wurden. Gleichzeitig wurde auch jedes künstliche Licht vermieden und zur Beleuchtung nur eine gewöhnliche photographische Laterne verwendet. Die mitgeteilten Fälle, insbesondere der erste, sind in der That für die Wirksamkeit der Behandlung sehr beweisend. Es handelte sich in diesem Falle um einen 8jährigen Knaben, der alle Symptome der Masern in hohem Masse zeigte. Experimenti causa liess Ch. das beschriebene Verfahren anwenden und, als er zu Mittag desselben Tages nachsah, ob seine Anordnungen auch richtig befolgt worden seien, konstatierte er zu seiner grossen Verwunderung, dass der Ausschlag vollständig verschwunden, das Kind ganz afebril, lustig und munter war und nur die eine Klage führte, dass es nicht genügend Licht habe, um zu spielen. Durch diese fortwährende Klage des Kindes veranlasst, liessen die Eltern die roten Vorhänge entfernen. Um 3 Uhr nachmittags wurde Ch. schleunigst zum Kranken gerufen. Der Ausschlag, das Fieber, die Abgeschlagenheit, kurz das ganze Symptomenbild hatten sich plötzlich wieder eingestellt. Nun wurden die roten Vorhänge und das rote Licht wieder in Anwendung gezogen; nach 2 Stunden war der Ausschlag wieder verschwunden und das Allgemeinbefinden bedeutend besser. Kurz darauf nahm auch der Husten ab, ebenso auch die Augenrötung. Nach 2 Tagen war das Kind in vollständiger Rekonvalescenz, so dass es eine Woche nach seiner Erkrankung vollständig das Bett verlassen konnte. Ebenso glänzend war der Erfolg in 2 weiteren Fällen, so dass man daher schwer einen blossen Zufall annehmen kann. Jnsbesondere besitzt der 1. Fall geradezu den Wert eines Experimentes. Jedenfalls verdient das Verfahren wegen seiner ausserordentlichen Einfachheit und Unschädlichkeit ausgedehnte Nachahmung und ist dessen Anwendung gerade bei Masern um so leichter, als ja die Kranken ohnehin an Lichtscheu leiden, und ihnen die Abhaltung der natürlichen oder künstlichen Lichtstrahlen nur angenehm sein kann.

Dr. Goldbaum-Wien.

Ueber Röteln, Rötelnrecidive und ihr Verhältnis zu Masern und Scharlach. Von Theodor. (Arch. f. Kinderheilk. 27. Bd. I. und II. Heft.)

Im Frühjahr 1898 trat in Königsberg plötzlich eine Rötelnepidemie auf und zwar so massig, das selbst die grössten Skeptiker sich bei den ausgesprochenen Symptomen für die Eigenart dieser Krankheit entscheiden mussten. Sie verlief so milde, dass die Aerzte häufig gar nicht um Rat gefragt wurden. Ausgezeichnet war sie 1. durch das wiederholte Erkranken desselben Individuums. Ein Zeitraum von 2, 3, 4, 6 Wochen etc. lag zwischen einer Erkrankung bei ein und demselben Individuum. 2. Durch das Erkranken von Erwachsenen meist weiblichen Geschlechts. 3. Durch die Combination der Röteln mit Scharlach und mit Masern.

Der Ausspruch Jürgensen's, dass jemand, der Röteln durchgemacht hat, nicht mehr von ihnen ergriffen wird, ein Satz, den er mit zu den Beweisen für die Selbständigkeit der Röteln rechnet, ist also nicht mehr haltbar. Die Frage, ob es sich bei den Recidiven um eine neue Infektion oder um ein latentes Verhalten von specifischen Krankheitserregern handelt, muss durch weitere Beobachtungen entschieden werden.

Bei der beobachteten Epidemie war es auffällig, dass die Erwachsenen fast in demselben Masse von der Erkrankung befallen wurden, wie die Kinder, denn selbst in Familien, wo Kinder nicht erkrankten, erkrankten Mütter und weibliche Dienstboten. Wenn die Mütter nicht von den Kindern infiziert wurden, fand häufig das umgekehrte Verhältnis statt. Die älteren Personen erkrankten auch meist schwerer als die Kinder. Es waren geringe Temperaturerhöhungen, Appetitlosigkeit, Abgeschlagenheit vorhanden, so dass die Patienten 2—3 Tage im Bett blieben. Der Ausschlag war meist kleinfleckig und am 5. Tage stets verschwunden. Halsdrüsenschwellungen waren immer vorhanden. Die männlichen Familienmitglieder blieben mit vollster Sicherheit verschont.

Zum Schluss berichtet Th. einen Fall von Mischinfektion von Röteln, Scharlach und Keuchhusten.

Schnell-Egeln.

Die neue Kinderseuche in der Umgebung von Giessen. (Erythema infectiosum.) Von Sticker. (Zeitschr. f. prakt. Aerzte 1899, No. 11).

In Wetzlar, Lich und Friedberg herrscht eine bisher unbekannte, epidemische Krankheit, die folgenden Verlauf nimmt: Ohne jegliche Vorboten oder nach einem mehrtägigen Schnupfen, seltener nach leichten Schlingbeschwerden erschienen ohne Fieber oder unter geringen Fieberbewegungen auf den Wangen grosse rote Flecke oder symmetrische Quaddeln mit rotem Hof, welche leicht jucken, mitunter stärker brennen, oft gar nicht oder kaum gefühlt werden. Weiter treten über den Vorderarmen und Unterschenkeln, über dem Stamm, über Stirn und Schläfen kleine runde Roseolen oder grössere Flecke und Ringe auf, welche nach wenigen Stunden ihres Bestehens oder bis zum folgenden Tage sich über die Hautfläche kaum merklich erheben. Haarboden und Hals, Finger und Zehen und die Gesässgegend bleiben auch bei der stärksten Ausbreitung beinahe ganz frei; Ellenbogen, Knie, Brust und Bauch werden in geringerem Masse befallen als die übrigen Teile. Am reich-

lichsten stehen die Flecken auf den Streckseiten der Gliedmassen, an den Schultern und Hüften, auf den Hinterbacken bis zu der Fläche, welche beim Sitzen aufliegt.

Meistens verfliessen zwischen dem ersten Erscheinen des Erythems im Gesicht und seiner letzten Verbreitung zwei bis fünf Tage; seltener verharrt das Erythem an einzelnen Stellen, besonders an den Armen viele Tage bis in die zweite Woche hinein.

Alle sichtbaren Schleimhäute bleiben fast stets unverändert; ebenso die Lymphdrüsen. Ueberhaupt verläuft das Exanthem unter völligem Wohlbefinden, welches höchstens durch ein mässiges Spannen oder Jucken in der Haut gestört wird. Es verschwindet spurlos ohne Abschilferung, höchstens eine schwache bräunliche Verfärbung der Haut, besonders an den Wangen, für einige Zeit zu hinterlassen.

Dass die Krankheit kontagiös ist, dafür spricht die Weise ihrer Verbreitung in den Familien, wo sie nacheinander die einzelnen Kinder befällt und die frühzeitig abgesonderten verschont, ihr stark gehäuftes Auftreten bei Kindern, welche dieselbe Schule besuchen, aber im übrigen getrennt wohnen. Es fehlt bisher der zweifellose Beweis ihrer Ansteckkichkeit im Verkehr.

Die Behandlung beschränkt sich auf einige Tage Bettruhe oder Zimmerarrest unter Regelung aller Funktionen. Eine längere Einsperrung ist zwecklos.

Dem typischen Ablauf nach gehört die Krankheit zweifellos in die Gruppe der sogenannten akuten Exantheme, aber der besondere Verlauf und die Form des Ausschlages schliesst eine Verwechselung mit Scarlatina, Morbilli, Rubeolae völlig aus.

Das beschriebene Exanthem muss der Form nach als Erythema simplex bezw. exsudativum bezeichnet werden, und es liegt nahe, die Seuche schlechtweg als ein epidemisches Erythem zu bezeichnen. Dass die Ursache der Epidemie keine physikalische und ebensowenig eine toxische ist, geht aus der Dauer und Verbreitung der Seuche und aus dem Verlauf der einzelnen Erkrankungen hervor. Nach den vorliegenden Beobachtungen muss das Exanthem von dem gewöhnlichen Erythema exsudativum (polymorphum) der Autoren gesondert und überhaupt aus dem Sammelbegriff der Erytheme herausgehoben werden. Ob es den kontagiösen Exanthemen im engeren angereiht werden darf, muss eine weitere Beobachtung der Art seiner Verbreitung lehren. Ein spezifischer Krankheitserreger hat sich noch nicht auffinden lassen.

Schnell-Egeln.

Ueber die Incubationszeit bei Varicellen Von W. Sykes. (The British med. Journal. 14. Januar 1899. — Wiener medizin. Wochenschrift, No. 15, 1899).

S. konnte gelegentlich einer kleinen Varicellenepidemie in einem Kindergarten, in dem 15 Kinder verkehrten und eines davon an Varicellen erkrankte, konstatieren, dass von den der Infektion ausgesetzten Kindern 60 Prozent die Krankheit bekamen und von diesen 66 Prozent genau 14 Tage nach der Ansteckung; die Incubationszeit schwankte im Uebrigen von 6—19 Tage. Hiermit wäre wohl keine neue Erfahrung gemacht; aber S. benutzt diesen Anlass, um seiner Anschauung dahin Ausdruck zu geben, dass für die kürzere oder längere Dauer des Incubationsstadiums

der Umstand massgebend ist, je mehr Mikroben entweder auf einmal oder nach und nach während der Periode der Infektion in den Körper hineingelangen, davon hänge die schnellere oder langsamere Vermehrung bis zu jener Menge ab, welche hypothetisch als den eigentlichen Ausbruch der Krankheit veranlassend angenommen werden muss. Er will dies aus seinen Fällen beweisen: Die Kinder, die in längerem oder näherem Kontakt mit der Infektionsquelle waren, erkrankten früher, während bei 2 Kindern, die unmittelbar nach der Ansteckung an entfernte Plätze gebracht wurden, erst am 19. Tage das Exanthem zum Ausbruche gelangte. Er will ferner die Thatsache, dass ältere Autoren die Incubationszeit der Varicellen alle viel kürzer angeben, als die modernen, darauf zurückführen, dass jetzt mehr auf Ventilation und Reinheit der Luft in den Zimmern gesehen wird, als früher, so dass das Gift in weniger konzentriertem Zustande übertragen und dadurch die Incubationszeit verlängert wird.

Dr. Goldbaum-Wien.

Bakteriologische Erfahrungen über die Königsberger Tierlymphe. Von Ascher und Symanski. A. d. hygien. Jnstitut der Universität Königsberg. (Zeitschrft. f. Hygiene Bd XXVIII. 3. Heft.)

Die Verff. beschränkten sich bei ihren Versuchen auf die Verimpfung der genannten Lymphe im Gegensatz zu denjenigen, welche mit aus der Lymphe gezüchteten Reinkulturen experimentierten. Die angestellten Tierversuche ergaben die Unschädlichkeit der verwendeten Lymphe. Bei dem Impfverfahren an den Impflingen wurde, um eine Uebertragung von Keimen aus der Haut und den Kleidern in die Impfwunden möglichst auszuschliessen, der Versuch gemacht, ein keimfreies Operationsfeld zu schaffen, dieses mit keimfreien und keimabhaltenden Verbänden zu bedecken und bis zum Schluss der Wunde keimfrei zu erhalten. Zur Orientierung über die Zahl und Art der Keime, die bei den Impflingen und Wiederimpflingen auf dem betreffenden Teil des Oberarmes nach der zu Hause gesetzlich vorgeschriebenen Abwaschung noch vorkommen, sowie über die in dem „reinen" Hemd enthaltenen wurde mittelst sterilen Wattetupfers und sterilen Wassers die betreffende Partie des Oberarmes und der entsprechende Teil des Hemdes abgerieben. Die Tupfer wurden dann auf ihren Gehalt an Mikroorganismen untersucht. Von beiden Stellen wurden fast gleichmässig Staphylococcus pyogenes albus gezüchtet. Die Lymphe enthielt ebenfalls hauptsächlich Staphylococcus pyogenes albus. Um den thatsächlichen Verhältnissen bei der Impfung möglichst gerecht zu werden, mussten aber auch die mehr in der Tiefe der Haut liegenden Keime untersucht werden. Zu diesem Zwecke wurden mit ausgeglühten Impfmessern ohne vorherige Desinfektion der Haut die 4 Impfschnitte gemacht, und die Schneide des Impfmessers auf umgekehrten Agarplatten ausgestrichen. Erst dann wurde nach nochmaliger Ausglühung des Messers geimpft. Auch hier wurden vorwiegend Staphylococcen gefunden.

Indem die Verff. auch nach dem gewöhnlichen Verfahren impften, hatten sie das nötige Material zur Vergleichung. Sie kommen zu dem Schluss: Ein Erfolg der Alkoholabreibung ist nicht zu erkennen, ebensowenig ein Nutzen der sterilen Verbände.

Zur Vervollständigung ist hinzuzufügen, dass am 17. Juni der eine

Impfling, der am 21. Mai mit Alkoholabreibung und Verbänden behandelt war, in die Poliklinik gebracht wurde mit einem etwa haselnussgrossen Abscess, der eröffnet wurde und eine Reinkultur von Staphyl. albus aufwies. Das Kind soll etwa 15 Tage nach der Impfung eine Schwellung des Oberarmes bekommen haben, die nach Aussage der Mutter durch Auflegen von Vaseline-Läppchen beseitigt wurde. Indessen heilten die Pusteln nicht zu und es entstand allmählig jener Abscess, der nach einfacher Eröffnung anstandlos heilte. Die Verbände (2) hatten gut gehalten. Nach den Verff. scheint in diesem Falle eine bestimmte Disposition vorzuliegen, die auch sonst beobachtet wird, wobei die Pusteln keine oder nur geringe Heilungstendenz zeigen und dabei Luft- oder Hautkeimen Gelegenheit zu sekundären Infektionen geben.

Es ist noch hervorzuheben, dass die mit Alkohol behandelten Kinder deutlich geringere Pustelentwickelung zeigten, sowohl was die Zahl als auch was die Grösse der Pusteln betrifft. Dies ist so zu erklären, dass aus der Tiefe der Hautporen der eingeriebene Alkohol nicht genügend verdunsten kann und hier keimabtötend wirkt. Für diese Auffassung spricht der Umstand, dass fast immer Keimfreiheit der Agarplatten erfolgte, wenn die Verff. nach energischer Alkoholabreibung der Haut eine Weile bis zur Trocknung warteten, dann mit sterilem Messer kleine Schnitte in die Haut machten und das Messer mit dem Agar in Berührung brachten Die aus der Tiefe der Hautporen mit dem Messer und dem Gewebssaft auf den Agar gelangten kleinsten Tröpfchen verhinderten offenbar ein Aufgehen von mit übertragenden Keimen.

Köppen-Norden.

Sur un cas d'hémoptysie mortelle chez un enfant de huit ans. Von E. Ausset. (Gaz. des hôpit 1899, 40.)

Bei der Obduktion eines 8jährigen Kindes, welches an beträchtlichen wiederholten Blutungen zu Grunde gegangen, zeigte sich Kongestion beider Lungenspitzen ohne sichtbare, tuberkulöse Prozesse, tuberkulöse Erkrankung der Bronchialdrüsen und ein kleiner, völlig lokalisierter tuberkulöser Herd in der Lunge. Die klinische Differentialdiagnose führt zu dem Schluss, dass die Blutung allein aus den Lungen stamme, durch Lungentuberkulose bedingt sein könne. Freilich fehlte eine Cavernenbildung, bei welcher — also am Ende des Krankheitsprozesses — meist die Blutungen auftreten. Auch eine unbemerkt gebliebene Arrosion und Ulceration einer Gefässwand von einer Drüse aus kann hier nicht in Betracht kommen, weil bei einem derartigen Vorgange nur eine enorme, foudroyante Blutung einzutreten pflegt und nicht wie im vorliegenden Falle vier successive, von einander getrennte Hämorrhagien. Die Entwickelung derartiger Störungen erfordert längere Zeit, ihre anatomische Ursache entgeht schwerlich einer genauen Untersuchung. Daher bleibt als einzige Möglichkeit der Herkunft der Blutungen der kongestive Zustand der Lungenspitzen, wahrscheinlich tuberkulöser Natur. Ein relativ kleines Gefäss hatte sich eröffnet, aus ihm erfolgten mehre Blutungen, jede für sich reichlich und durch die Wiederholung zur Verblutung führend.

v. Boltenstern-Bremen,

Ueber motorische und sensible Lähmung der Beine nach Lorenz'schem Redressement. Von Schlesinger.

Gelegentllch eines Vortrags im mediz. Klub zu Wien stellte Sch. ein Mädchen vor, dass mit motorischer und sensibler Lähmung der Beine behaftet war, bei welchem wegen angeborener Hüftgelenkluxation das Redressement nach Lorenz im Juni 1898 vorgenommen worden war. Unmittelbar nach der Operation bestanden Schmerzen in den unteren Extremitäten, durch 5 Tage hindurch Incontinentia urinae et alvi, Anästhesie an der Aussenseite beider Füsse, am äusseren Genitale, Perineum, um den Anus und in der Harnröhre. In den nächsten Tagen stieg die Anästhesie bis zur Mitte des Unterschenkels an, später ging ein Teil der Störungen zurück. Gegenwärtig sind die Beine fast vollkommen gelähmt, ödematös, vollständige Anästhesie, Hypalgesie und Thermoanästhesie beider Füsse, Verlust der tiefen Sensibilität in Sprung- und Zehengelenken und des Patellar- und Achillessehnenreflexes. Die Anästhesie erstreckt sich auf einen Streifen an der Rückseite des Beines bis zum Perineum, die Clitoris ist anästhetisch. Die Störungen deuten auf eine Läsion des Conus terminalis oder der Cauda equina durch Blutung oder event. Nervenzerreissung hin. Es kommt nicht selten vor, dass Kinder nach diesem Redressement durch einige Tage Stuhl und Urin nicht halten können, oder dass langsam zurückgehende Lähmungen an den unteren Extremitäten auftreten. Vortragender weist auf die Notwendigkeit hin, auf diese Störungen genauer zu achten und sie zu studieren, woraus sich dann Anhaltspunkte für die Auswahl der für diese — an und für sich vortreffliche — Operation geeigneten Fälle ergeben würden. Dr. Goldbaum-Wien.

Zur Theorie der Säurevergiftung. Von H. Winterberg. A. d. IV. med. Abt. d. k. k. Krankenstiftung Rudolfspital in Wien. (Ztschrft. f. physiol. Chemie XXV. 3. 4. 1898).

Bei der Bedeutung, welche die Säurevergiftung neuerdings auch für Magen-Darmstörungen der Säuglinge gewonnen hat, seien die Untersuchungen und Ergebnisse des Verf. hier mitgeteilt.

Salkowski hatte 1872 festgestellt, dass sowohl bei Einführung von Taurin in den Magen von Kaninchen, als auch bei direkter Verabreichung von Schwefelsäure die im Harne enthaltenen Basen die Säuren derselben fast völlig sättigen, und dass bei gleichbleibender Fütterung die ausgeschiedene Menge von Alkalien bedeutend zunehme. Ungefähr gleichzeitig hatte Gaehtgens für den Hund gefunden, dass bei Einführung von Schwefelsäure die fixen Basen die Säuren nicht decken. Hiernach stellte S. den prinzipiellen Unterschied in der „chemischen Organisation“ der Pflanzen- und Fleichfresser fest. 1877 zeigte Walter, dass Hunde auch gegen solche Säuremengen immun sind, welche pro Kilo Tier berechnet, bei Kaninchen sicher den letalen Ausgang bewirken würden; er wies nach, dass, wie S. schon vermutet, diese Immunität von einer vermehrten Ammoniakausscheidung abhängig sei; wohingegen S. bei Kaninchen gefunden hatte, dass der Harn nach Taurinfütterung dieselbe geringe Menge von Ammoniaksalzen wie vorher enthielt. Indem W. von der Voraussetzung ausging, dass das Blut und die Lymphe als Quelle für die Alkalien aller übrigen Organe anzusehen seien, und dass der Gehalt des Blutes an Alkalien dem Gehalte derselben an Kohlen-

säure proportional sein müsste, da letztere im Blute fast gänzlich an Alkalien gebunden sei, schloss er, dass eine eintretende Alkalientziehung sich zunächst im Kohlensäurebestande des Blutes geltend machen müsste. Indem er nun bei normalen und mit Säure vergifteten Kaninchen und Hunden die aus dem Blute nach Säurezusatz auspumpbare Kohlensäuremenge bestimmte, fand er bei den Kaninchen eine gewaltige, bei den Hunden eine weit geringere Abnahme. Da es ihm gelang, durch Injektion von kohlensaurem Natrium vergifteten, dem Tode nahen Kaninchen das Leben zu verlängern, folgerte er, dass die Alkali-Verarmung des Blutes die Todes-Ursache sei. S. stellte mit Hunden den umgekehrten Versuch an, indem er durch Eingabe von essigsaurem Natrium den Harn von Hunden alkalisch machte, wodurch das Ammoniak bis auf Werte sank, welche den bei Pflanzenfressern nahe kamen. Die von den verschiedenen Forschern gefundenen Thatsachen fasste Haller vordem 1879 dahin zusammen, dass die Carnivoren Säure vertragen, weil sie Ammoniak disponibel haben, und dass die Herbivoren keine Säure vertragen, weil ihnen kein Ammoniak zur Verfügung steht.

Hierbei blieb die Theorie der Säure-Vergiftung stehen. Verf. suchte nun zu entscheiden, ob nicht doch die konstant alkalische Nahrung der Pflanzenfresser in einem essentiellen Zusammenhange mit ihrer minimalen Ammoniak-Ausscheidung stehe. Er fand nun, dass die Pflanzenfresser ebenso wie die Fleischfresser über Ammoniak von Säure neutralisierender Funktion verfügen.

Verf. stellte 10 Versuche mit Kaninchen an.

Das erste Tier war bis zum Beginn der Untersuchung mit Salat gefüttert worden und bekam in den beiden der Salz-Säurezufuhr vorangehenden und den beiden folgenden Tagen nur destilliertes Wasser; das zweite Tier erhielt vor und während der Säurezufuhr Rüben; das dritte Hafer und destilliertes Wasser; das vierte gleichfalls, aber nach der Säurezufuhr nur noch Wasser; das fünfte zwischendurch doppeltkohlensaures Natrium; das sechste Hafer und Wasser und nach der Säure Natrium. Das Ergebnis dieser Versuche ist dahin zusammenzufassen, dass als Folge der Säurezufuhr eine vermehrte Ammoniakausscheidung sich ergiebt. Dass die erhöhte Ammoniakausfuhr als reine Säurewirkung aufzufassen ist, beweist der Umstand, dass sie durch Darreichung von doppeltkohlensaurem Natrium sowohl prozentisch als auch absolut auf ihr physiologisches Minimum herabgedrückt wird; sie ist nicht von einem pathologischen Zerfall stickstoffhaltiger Gewebe abhängig, da die ausgeschiedene Stickstoffmenge, selbst bei starker Vermehrung des Ammoniaks, normal sein kann, sodass als pathognomonisch für die Säureintoxikation bei Kaninchen ein reichlicher Zerfall stickstoffhaltigen Gewebes nicht gelten kann. Unter normalen Bedingungen war das Verhältniss von Ammoniak zum Gesamtstickstoff nicht grösser im saueren als im alkalischen Harn. Ein 7. Versuch zeigte ausserdem, dass der Uebergang von alkalischer zu sauerer Fütterung keine wesentliche Veränderung dieses Verhältnisses zur Folge hat. Diesen Experimenten folgten drei, welche eine etwaige Beeinflussung der Ammoniak-Ausscheidung bei vorwiegender Fleischnahrung erkennen lassen sollten. Zu diesem Zwecke wählte Verf. den Hungerzustand, in welchem die Tiere den Fett- und Eiweissbestand ihres Körpers angreifen und demnach als Fleischfresser zu betrachten sind. Die Tiere erhielten demnach während der

Versuchszeit nur destilliertes Wasser. Bei den beiden ersten kam es rasch zu einer bedeutenden und anhaltenden prozentischen und absoluten Vermehrung des Ammoniaks, der eine gleichzeitig einsetzende Steigerung der Stickstoff- und Alkaliausscheidung parallel lief. Letzteres war beim dritten Tier nur andeutungsweise vorhanden, während die Ammoniakausscheidung vom letalen Ausgang gefolgt war. Hieraus ergiebt sich, dass der Hungerzustand als solcher und für sich allein entweder keine oder eine erst kurz vor dem Tode auftretende Ammoniaksteigerung bedingt. Die Ursache, weshalb sich die Tiere VIII. und IX. ähnlich wie die säurevergifteten verhalten, glaubt Verf. in der durch den Verfall stickstoffhaltiger Gewebe bedingten Säuerung des Organismus zu finden, indem der einzige Unterschied in hungernden und säurevergifteten Tieren in der bei den ersteren die Ammoniaksteigerung begleitenden Vermehrung der Stickstoffausscheidung besteht. Dieser Zerfall der stickstoffhaltigen Gewebe wird durch eine Anwässerung des Körpers mit destilliertem Wasser beschleunigt, welches von den Nieren in Begleitung anorganischer und organischer Verbindungen ausgeschieden wird, welche das hungernde Tier statt der Nahrung dem lebenden Gewebe entnehmen muss. Da lebendes Eiweiss ohne einen gewissen Aschegehalt nicht zu existieren vermag, muss es einschmelzen, wenn ihm die krystalloiden Stoffe entzogen werden. Die dabei auftretenden sauren intermediären Produkte werden teilweise durch Ammoniak gesättigt, da Alkali in genügender Menge nicht zur Verfügung steht. Der Unterschied in der chemischen Organisation bei Pflanzen- und Fleischfressern ist demnach ein quantitativer und wird nach Dorvin erklärlich, dass eine Funktion, welche bei den Fleischfressern ununterbrochen geübt wurde, ausgebildeter und leistungsfähiger als bei den Pflanzenfressern sein muss, wo sie nur unter ganz abnormen Verhältnissen in Verwendung tritt.

Eine zweite Versuchsreihe beschäftigte sich mit der Frage, ob bei letaler Säurevergiftung die Verarmung des Blutes an Alkalien als die Ursache des eintretenden Todes anzusehen sei Verf. fand nun, dass thatsächlich, wie Walter annimmt, bei Säureintoxikation eine geringe Verarmung des Blutes an Alkalien besteht, dass diese jedoch nicht imstande ist, die gewaltige Kohlensäure-Abnahme zu erklären. Die direkte Proportionalität zwischen dem Kohlensäure- und Alkali-Gehalt des Blutes besteht demnach nicht. Dagegen weist der Chloridbestand des Blutes Veränderungen in entgegengesetzter Richtung auf. Dies bedeutet, dass bei der Säurevergiftung die Säure unter Absättigung der basischen Bestandteile ins Blut eintritt. Durch diese beiden Prozesse tritt die Kohlensäureverarmung des Blutes ein, welche demnach ein sicheres Kennzeichen der Säureintoxikation ist. Wenngleich das Blut einen geringen Teil seiner Alkalien zur Deckung der Säuren abzugeben vermag, so erweisen sich doch als eigentliches Reservoir für Alkali die übrigen Körpergewebe.

Am Schluss fasst der Verf. das Ergebnis seiner Untersuchungen in fünf Sätzen zusammen, von deren Wiedergabe wir absehen können, da sie in den obigen Ausführungen enthalten sind.

A. Köppen-Norden.

Ueber subkutane Injektionen von Heroinum muriaticum. Von A. Eulenburg. (Deutsch. med. Wochenschrift 1899, No. 12).

Verf. hat sich seit über 2 Monate mit der subkutanen Injektion

des Heroins beschäftigt und mit 250 gr. einer 2prozentigen Heroinlösung 300 Injektionen gemacht an den verschiedensten Körperregionen in Dosen von 0,005—0,01, die durchans schmerzlos waren und keine üblen Folgen hatten. In 2 Fällen, wo über diese Dosis hinausgegangen wurde, traten unangenehme Erscheinungen auf. In dem einen Fall bei einem an Morphium sehr gewöhnten Mann trat 10 Minuten nach der Injektion von 0,02 Uebelkeit, allgemeines Unbehagen, Schwindelgefühl, dann Abspannung, grosse Müdigkeit und mehrstündiger Schlaf ein. In dem andern Falle bei einer anämischen Frau, die wegen Ischias 0,012 Heroin in die Glutealgegend injiziert bekam, erfolgte etwa nach 5 Minuten Schwindel, Uebelkeit und mehrmaliges Erbrechen, worauf ein Zustand allgemeiner Mattigkeit und Schwäche noch für mehrere Stunden zurückblieb. Es ist aber zu empfehlen, die Dosis 0,01 pro Injektion nur in Ausnahmefällen und nur bei vorsichtiger allmählicher Steigerung zu überschreiten, mit der Anfangsdosis auch bei Erwachsenen eher noch darunter zu bleiben. Andere Nachteile wurden bei der Injektion nicht beobachtet. Bei der subkutanen Injektion kommen die Linderung des Hustenreizes, die antiasthmatische und antidyspnoische Palliativwirkung rascher und intensiver zur Geltung als bei interner Darreichung. Entgegen Leo hatte E. auch bei schmerzhaften Affektionen verschiedener Art, Trigeminusneuralgien, Intercostalneuralgien, Ischias, rheumatischen Myalgien und Arthralgien die gleichen Palliativwirkungen wie bei den etwas grösseren Morphiumdosen. Besonders zu empfehlen ist das Heroin bei Patienten, bei denen durch längeren Morphiumgebrauch und Ausscheidung des Morphiums von der Magenschleimhaut Störungen der Digestion und ein Darniederliegen der gesamten Ernährung leicht unterhalten werden. Bei Patienten, die seit langer Zeit (6 Monate bis 1 Jahr) Tagesdosen von 0,025 resp. 0,03 Morphium auf 4—5 Injektionen verteilt nicht entbehren konnten, wurde dieses leicht durch Heroin ersetzt und rasch auf 0,013—0,01 heruntergegangen und die Zahl der Injektionen von 4—5 auf 2—3 gebracht, wobei das subjektive Wohlgefühl viel länger anhielt und nicht durch dyspeptische Beschwerden gestört wurde, Appetit und Ernährung sich aber besserten.

E. wünscht recht bald ein Verbot nicht nur der freihändigen Abgabe des Heroins, sondern auch vor allem der Wiederanfertigung ohne ausdrücklichen ärztlichen Wiederholungsvermerk.

Drews-Hamburg.

Wirkung von Medizinen bei Kindern. Von J. B. Megee. (Medical Standard. 1899.)

Nur so wenige Medizinen als möglich sind den Kindern zu geben; wenn aber indiciert, sollen sie ausgiebig zur Anwendung kommen. Wir sollen sowohl wissen, wie eine Medizin nicht wirkt, als auch, wie sie wirkt. Bei leichten Krankheiten der Kinder ist die Tendenz zur Wiederherstellung sehr stark. Die Medizin soll einfach sein. Medizinen, welche sich schnell eliminieren, sollen öfters gegeben werden wie z. B. Alkohol, Nitroglycerin, Ammonium, Salze, Aconit und Belladonna; Digitalis wirkt kumulativ und sollte nur in grossen Intervallen gegeben werden. Pillen und Pulver werden von kleinen Kindern nicht gern genommen. Salol und Sulfonal in Pillen und Tabletten passieren den Intestinal-Kanal oft intact. Glycerin ist ein besseres Vehikel als Syrup, besonders im Sommer. Mit

Ausnahme von Opium und seinen Alkaloiden können grössere Dosen gegeben werden, als gewöhnlich gebräuchlich. Natrium-Salze sind den Kali-Salzen vorzuziehen. Vorsicht ist bei Verabreichung von Opium geboten, ausgenommen bei Opium camphoratum, ein Tropfen auf jedes Jahr ist eine sichere Dose. Dowers Pulver ist Kindern nicht zu geben. Chloral ist ein gutes Schlafmittel. Die Bromsalze werden sehr langsam eliminiert. Sulfonat und Trional sind sichere Hypnotica für Kinder. Belladonna wird ausnahmsweise gut von Kindern ertragen und kann in 2 Tropfen-Dosen auf jedes Jahr gegeben werden, sogar 60 Tropfen wurde pro Tag Kindern von 2 oder 3 Jahr alt gegeben. Alkohol ist eines der besten Herz-Stimulantien. Strophanthus ist Digitalis vorzuziehen. Coffein und Cocaïn werden nicht gut ertragen, jedoch Strychnin. Kinder ertragen die Mercurial- und Arsenik-Präparate gut. Kälte ist ein gutes Antipyretikum, Phenacetin und Acetanilid können angewendet werden bei Malaria, auch Chininum sulf.

Dr. Wollenmann-Ferdinand (Indiana.)

Die Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung. Von Fritz Lange. Sammlg. klin. Vorträge N.F. No. 240. Leipzig 1899, Breitkopf & Härtel.

In dem vorliegendem Vortrag fast L. seine Ansicht über Pathologie und Therapie der angeborenen Hüftgelenksluxation zusammen. Entgegen Lorenz, welcher in seinen Arbeiten nur die Luxatio iliaca berücksichtigt, da er seine Erfahrungen an blutigen Operationen älterer Kinder gewonnen, unterscheidet Verf. drei Formen der angeborenen Luxation. Die Lux. nepracotyloidea, die lux. supracotyloidea iliaca und die lux. iliaca. Die erste trifft man bei Kindern, welche noch nicht viel gegangen sind. Untersucht man das Kind bei Rückenlage und Streckstellung des Oberschenkels, so ist der verrenkte Kopf in derselben Frontalebene, in welcher der Kopf unter normalen Verhältnissen steht oder etwas vor derselben, aber stets gleichzeitig lateralwärts und oberhalb von der Pfannengegend zu fühlen. Bringt man dann das Bein in rechtwinkelige Beugung und maximale Adduktion so ist auf der Darmbeinschaufel kein Kopf zu fühlen. Bei der zweiten Form findet man den Kopf bei Streckstellung des Oberschenkels vorn in der Gegend der spina il. ant. sup., bei Beugung und Adduktion derselben auf der Darmbeinschaufel. Die letztere Form zeichnet sich dadurch aus, dass sowohl bei Streck- wie bei Beugestellung des Oberschenkels der Kopf auf der Darmbeinschaufel in seiner ganzen Ausdehnung abzufassen ist. Für die Entstehung dieser verschiedenen Luxationsformen giebt L. diese Erklärung: Solange wie das Kind steht und nur auf ebener Erde geht, drängt der Kopf über den rudimentären Pfannenrand nach oben, bis er den Widerstand der Weichteile (oberes Kapselband, lig. teres, M. pyriformus, obturator internus und externus) überwunden hat; schliesslich giebt auch das untere Kapselband nach. Gleichzeitig annähernd fängt auch das Kind an, bei gebeugtem Oberschenkel das Hüftgelenk zu belasten. Hierdurch wird der Kopf nach hinten verschoben, der Kapselschlauch wird auch nach hinten ausgezogen und so entsteht der zweite Grad der Luxation. Die dauernde Verschiebung des Kopfes auf die Darmbeinschaufel wird dann schliesslich durch den Zug der in Betracht kommenden Muskeln verursacht.

Nachdem Verf. sich dann noch über die Sagittalstellung des

Schenkelhalses ausgesprochen, widmet er bei der Behandlung der Luxation dem Verhalten der Gelenkkapsel besondere Aufmerksamkeit. Auch hier weicht er von der seit Lorenz gebräuchlichen Auffassung ab, indem er zeigt, dass bei der lux. supracotyloidea die vordere Gelenkkapsel nicht geschrumpft, sondern verlängert ist.

Hieraus ergiebt sich für die Therapie von selbst, dass ein anderes Repositionsmanöver am Platze ist, nämlich Innenrotation und Abduktion. Für die Retention betont Verf. dass man auf die Ausnutzung der Weichteilspannung angewiesen ist. Um die Bildung eines festen Gelenkes zu beschleunigen, hat Verf. Injektionen von Chlorzink gemacht und einen besonderen Beutenring mit senkrechter und **L** förmiger Schiene benutzt.

Betr. der Dauerresultate macht Verf. darauf aufmerksam, dass ein vorläufiger günstiger Erfolg durch Erschlaffen der Weichteile wieder zunichte gemacht werden könne.

Wie aus dem Gesagten zur Genüge hervorgeht, bietet die Abhandlung eine Reihe neuer Gesichtspunkte, wodurch das Studium derselben lohnend und anregend wirkt.

A. Köppen-Norden.

Zur Lehre von den angeborenen Hirnbrüchen und deren chirurgischer Behandlung. Von A. O. Lindfors. Samml. klin. Vortr. N.F. 222/223. Leipzig, 1898, Breitkopf & Härtel. Einzelpreis 1 Mk. 50 Pf.

Verf. bespricht zunächst die Geschichte und die Aetiologie der in Rede stehenden Anomalie. Betreff letzterer ist ihm wahrscheinlich, dass es mehr als eine Ursache giebt, und dass die verschiedenen Arten des Hirnbruchs, wenn auch einander nahe stehend, verschiedene ätiologische Bedingungen haben können, sowie ferner, dass auch innerhalb des Artbegriffes selbst mehrfache individuell wirkende Momente hereinspielen mögen. Für die Entstehung der Hydrencephalocele macht er den Hydrocephalus in erster Linie verantwortlich, während er für die Cenencephalocele die Neubildungstheorie, für die Meningocele Virchow's Theorie von einem Hygrom oder blasenförmigen Oedem in den Hirnhäuten, bei beiden Arten auch amniotische Zusammenwachsungen, Druck der Amnionshaube sowie rhachitische Knochenbildungsschwäche als ursächliches Moment gelten läst.

Weiterhin werden die Definition, Frequenz, Lokalisationen und Anotomie behandelt und darauf die Pathogenese, Komplikationen, Verlauf und Differentialdiagnose, zum Schluss das wichtigste Kapitel über Behandlung und Prognose. Betreff des ersteren Punktes bevorzugt Verf. einer Lineär-Kompression gegenüber die radikale Operation, womit er sich wohl in Uebereinstimmung mit den meisten Chirurgen befindet. Betreff der Prognose hätte Ref. gerne gesehen, wenn hierfür der zur Zeit der Operation bestehende oder später auftretende Hydrocephalus schärfer herangezogen wäre. Denn was nützt es dem Patienten, wenn er seine Geschwulst glücklich los wird und einen Hydrocephalus behält oder erwirbt. In den 55 Fälle umfassenden Kasuistik-Tabellen sind noch nicht aufgeführt: 1. Ueber Hydrocephalocelen und über die Frage ihrer operativen Behandlung. Von Dr. P. Möller, (Deutsche Ztschrft. f. Chir. XLVII. I. 1898.) 2. Ein Fall von Meningocele. Von Dr. W. Reinke. (Festschrift gew. Hrn. Geh. Med. R.

Dr. H. Abegg etc. vom ärztl. Ver. zu Danzig. 2. VI. 1898. Danzig, A. W. Kafemann 1898).

A. Köppen-Norden.

Ueber die Behandlung von Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen. Von Albus. (Dtsch. med. Wchenschr. No. 12, 1899).

A. demonstrierte im ärztlichen Verein zu Hamburg Fälle von Lupus, Eczema chronicum und Favus, die er mit Röntgenstrahlen behandelte.

Bei den an Lupus leidenden Patienten bemerkt man nach kurzer Zeit (5—6mal) eine diffuse, auf Hyperämie beruhende Rötung der bestrahlten Partie. Subjektiv wird ein, auch objektiv festzustellendes Wärmegefühl vom Patienten verspürt. Setzt man die Behandlung fort, so konstatiert man nach einiger Zeit ein Prominieren der Knötchen, Abfallen der Borken und Reinigung etwaiger Ulcerationen. Dabei schwellen derb infiltrierte Teile, wie Nasen, Lippen etc. allmählich vollständig ab. Nach Aussetzen der Behandlung stösst sich die Epidermis nach und nach ab, und man erhält nach Beendigung einer oft wochenlang dauernden Behandlung an Stelle der ursprünglich erkrankt gewesenen Hautpartien eine glatte, zarte, sehr vulnerable, aber völlig lupusfreie Haut. Anders gestaltet sich der Verlauf, wenn man die Bestrahlung in forcierter Weise (wovor zu warnen ist) in Anwendung bringt. Es kommt in solchen Fällen unter Steigerung der reaktiven Erscheinungen sehr bald zur Excoriation der bestrahlten Partien, welche, obwohl sie selten tiefer als auf das Rete Malpighie gehen, Tendenz zu äusserst langsamer Abheilung hat. Ob die mit der Röntgenbestrahlung erzielten Erfolge von Dauer sind, müssen weitere Erfahrungen lehren.

Die Behandlung des chronischen Eczems ist eine wesentlich andere als die des Lupus. Während bei letzterem die Dauer der Bestrahlung eine recht lange sein muss, braucht das Eczem eine verhältnissmässig sehr kurze Zeit (10—12malige Bestrahlung), um völlig zur Heilung gebracht zu werden. In den 5 Fällen, die A. zeigte, trat völlige und dauernde Heilung ziemlich schnell ein, obwohl sie bereits längere Zeit erfolglos behandelt waren.

Das charakteristische der Bestrahlungstherapie lässt sich in folgende 3 Punkte am besten zusammenfassen: 1. Aufhören des Nässens. 2. Austrocknen der Haut. 3. Abschuppung.

Schnell, Egeln.

Gesundheitspflege.

— Regeln zur Zahn- und Mundpflege. Von Zahnarzt Fedor Gyula. (Gesundheit, No. 2, 1899.)

1. Gute Zähne sind dem Menschen zur Erhaltung der Gesundheit notwendig; daher muss das Kind von der Jugend an für Sauberkeit in der Zahn- und Mundpflege Sorge tragen. 2. Zahnbürste und Zahnpulver müssen stets vorhanden sein und gleichfalls reinlich gehalten werden. 3. Die Bürste soll mittelhart, das Zahnpulver säurefrei sein. 4. Im Notfalle genügt Schlemmkreide zum Putzen der Zähne; auch kann sehr fein pulverisierter Bimsstein 1—2mal in der Woche mit Vorteil beim Bürsten

verwandt werden, falls kein Zahnpulver vorhanden ist. 5. Jedesmal nach dem Putzen soll die Bürste in eine Schale untergebracht werden, nachdem sie vorher mit dem Handtuche einigermassen trocken gewischt ist. 6. Das Putzen der Zähne soll schon in der Kindheit früh beim Aufstehen und Abends vor dem Schlafengehen stattfinden. 7. Die Bürste wird ein wenig ins Wasser getaucht, so dass sie etwas Pulver annimmt, dann werden unter gleichzeitigem Spülen die Zähne und das Zahnfleisch gereinigt. 8. Das Bürsten der Zähne wird von oben nach unten und umgekehrt, dann seitlich das Zahnfleisch entlang, ausgeführt, das Bürsten des Zahnfleisches ist für dasselbe gut und nützlich, selbst wenn es in der ersten Zeit etwas blutet. 9. Nach jedem Essen soll der Mund ausgespült werden, wozu bei gesunder Mundhöhle klares Wasser genügt. Durch das Spülen gehen die zurückgebliebenen Speisereste mit heraus; bei Krankheiten des Mundes muss der Zahnarzt ein geeignetes säurefreies Mundwasser verordnen. 10. Als Zahnstocher dienen Gänseposen oder einfach dünne Hölzchen; zu vermeiden sind Stecknadeln, Stahlfedern und andere Metalle. 11. Fremdkörper sind nicht zwischen die Zähne oder in den Mund zu nehmen; mit der Zunge soll nichts feucht gemacht werden, insbesondere ist das Anfeuchten von Markenpapier und das Einsaugen von Tintenflecken und nassen Federn zu vermeiden. 12. Viele Süssigkeiten sind den Zähnen ebensowenig zuträglich wie der häufige Genuss von sauren Speisen. — Zum Schlusse einige Bemerkungen über den gefährlichen Feind der Zähne, den „Zahnstein“ (fälschlich auch „Weinstein“ genannt). Er bildet sich häufig bei mangelhafter Zahnpflege geradezu in erschreckender Menge, aber auch sonst bei gesundem Munde in geringeren Quantitäten. Mit Vorliebe sammelt sich der Zahnstein an den unteren vorderen Zähnen an, auch vorzugsweise an derjenigen Seite des Mundes, auf welcher wegen irgend eines schmerzhaften Zahnes oder einer Zahnwurzel weniger oder gar nicht gekaut wird. Dieser Zahnstein, ein aus den Kalksalzen des Speichels bestehender Niederschlag, soll in gewissen Zeitabschnitten vom Zahnarzt entfernt werden, da er in grösseren Mengen das Zahnfleisch drückt und reizt, wodurch Entzündung desselben, Lockerheit und Fäulnis der Zähne herbeigeführt werden.

Rezensionen.

Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Von Dr. Hugo Kafka. München, J. F. Lehmann, 1898. Preis 1 Mk. 20 Pf.

In übersichtlicher Weise stellt Verf. die auf der Klinik von Prof. Mracek in Wien gebräuchlichen Rezeptformeln zusammen und giebt damit eine kompendiöse Zusammenfassung des jetzigen Standes der Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. S.

15. Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene. Begründet von Prof. Dr. Uffelmann, herausgegeben von Dr. R. Wehner. Braunschweig, Fr. Vieweg u. Sohn, 1898. Preis 9 Mark.

Im vorliegenden Jahresbericht sind die Leistungen der Hygiene aus dem Jahre 1897 in systematischer und übersichtlicher Weise zusammengefasst, indem dabei alle wichtigen Arbeiten ausführlich besprochen werden. S.

Heilserum, Immunität und Disposition. Von D. J. Fröhlich. München, Seitz und Schauer, 1898. Preis 1 Mark 20 Pfg.

Nachdem Verf. nachzuweisen versucht hat, dass die Ehrlich-Behring'sche und die auf diese fussende Theorie Fischer's von der Immunität und Disposition nicht alles erklärt und zu Widersprüchen führt, dass 1. eine Identität der giftbindenden Substanz in den Zellen mit den reaktiv erzeugten Antitoxinen nicht besteht, und dass 2. eine giftbindende Substanz mit den Eigenschaften und der Rolle, welche ihr E. und F. zuschreiben, als normaler Zellenbestandteil eine Unmöglichkeit ist, formuliert er seine Ansicht dahin, dass die natürliche Immunität die ungestörte Einheit der normalen Zelle bedeutet, dass die Disposition deren Verlust darstellt. Durch Bakterien und Bakterientoxine, welche gerade zu der betreffenden Zellenart gewisse Beziehungen haben, wird in der Zelle, welche ihre Einheit verloren hat (infolge naturwidriger Lebensbedingungen), ein dieser ihr eigentümlicher Fäulnis- und Gährungsprozess ausgelöst; durch die Reaktion wird mit der normalen Zelleneinheit auch die natürliche Immunität wiederhergestellt.

So ansprechend dieser Gedankengang in seiner Allgemeinheit ist, so wenig ist er imstande, die Vorgänge bei den verschiedenen Infektionskrankheiten und deren von einander abweichendes Verhalten zu erklären. Woher die „gewissen Beziehungen" der Bakterien?

Am Schluss der Broschüre, welcher sich mit der Heilserum-Frage befasst, erklärt der Verf. die Serumtherapie als unmoralisch, weil die Serumursache aller Infektionskrankheiten im Menschen selbst und die Disposition dazu in dauernder Versündigung gegen die Gesetze einer natürlichen Lebensführung läge, weswegen hier die Hebel zur Besserung anzusetzen seien! Köppen-Norden.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Ein Fall von Pubertas praecox. Von Klein. Verf. schildert einen Fall von isolierter geschlechtlicher Frühreife. Es handelt sich um ein jetzt $2^1/_2$ jähriges Mädchen, welches im Allgemeinen körperlich eher etwas zurückgeblieben ist, in geschlechtlicher Beziehung dagegen ein exquisites Beispiel von Frühreife darstellt. Auf einem flachen Thorax sitzen beiderseits gut entwickelte Brüste, etwa so gross wie eine gewöhnliche Citrone; Warzen aufrecht von einem dunkel pigmentierten Hof umgeben. In den fettarmen Brüsten ist ein gut ausgebildeter Drüsenkörper zu fühlen. Behaarung der Achselhöhlen fehlt. Der Schoss gleicht an Grösse dem einer 14jährigen Jungfrau. Die grossen Schamlippen, mässig mit Fett [illegible] schliessen aneinander und sind rings mit mässig dichten hellen 1—2 cm langen Haaren besetzt. Die kleinen Schamlippen sind minimal, die Clitoris dagegen ziemlich lang und dick. Bei der Percussion des Leibes ergab sich bis 2 Fingerbreiten über dem Nabel tympanitischer Schall, von da abwärts vorn völlige Dämpfung, seitlich und hinten dagegen wieder Darmton. Das Kind hat nachweislich von seinem 11. bis 21. Lebensmonate in regelmässigen vierwöchentlichen Intervallen menstruiert; die Blutung dauerte jedesmal in mässiger Intensität 8 Tage. Mit dem 21. Lebensmonate hörte die Menstruation auf, seitdem machte die körperliche Entwicklung des Kindes bessere

Fortschritte als vorher. Verf. schliesst aus der obenan gegebenen Dämpfung, dass das Kind an einem Ovarialtumor leidet und nimmt an, dass in diesem Falle wie in anderen Fällen, die Kussmaul beschrieben hat, der Ovarialtumor die Ursache der Anomalie ist. (Deutsche med. Wochenschr. 99.)

Dr. F. Schmey, Beuthen O.-S.

— Saenger beantwortet die Frage: „Welchen Wert hat das Gurgeln?" folgendermassen: Da der Wert des Gurgelns in erster Linie davon abhängt, ob und in welchem Masse die Gurgelflüssigkeit mit der Rachenwand in Berührung kommt, hat S. diesbezügliche Versuche angestellt; deren beachtenswertester der folgende ist: Er wickelte um das Ende einer Sonde ein Wattebäuschchen, tauchte es in Wasser, dann in Methylenblau und tupfte den Farbstoff einmal kräftig auf beide Mandeln. Der Versuchsperson das Räuspern und Spucken verbietend liess er nun sofort mit reinem Wasser gurgeln. Die wieder abfliessende Flüssigkeit war nun nicht blau gefärbt, sondern farblos geblieben, so dass sie demnach nicht bis zu den Mandeln gelangt sein konnte. Ferner hat er Mandeln, Hinterzunge und Gaumensegel mit Weizenmehl bepudert und darauf mit verdünnter Jodglycerinlösung gurgeln lassen, ohne dass das Mehl weggespült oder gebläut worden wäre. An Stelle des Gurgelnlassens empfiehlt S. die Betupfung der kranken Rachenteile mittels langgestielten Wattetupfers. (Münch. med. Wochenschr. 99, 8).

H. Frölich-Leipzig.

— Tubercular meningitis. Lumbar puncture. Von H. A. Lafleur.

Durch Lumbalpunktion bei einem Kinde mit typischer tuberkulöser Meningitis gewonnene Flüssigkeit (20 ccm) wurde einen Meerschweinchen subkutan injiziert. Abmagerung und zunehmende Schwäche des Tieres, nach 4 Wochen getödtet. Obduktion: akute Miliartuberkulose, Tuberkelbazillen in allen Organen. Die durch eine zweite Lumbalpunktion erhaltene Flüssigkeit wies im [illegible]ischen Präparate Tuberkelbacillen auf. Der therapeutische Erfolg der Lumbalpunktionen bestand in einer vorübergehende Erleichterung und Wiederherstellung des Bewusstsein. Der Tod wurde nicht hintangehalten. (Montr. med. Journ. 99).

v. Boltenstern-Bremen.

— Ueber das Stillen während der Schwangerschaft. Von Paul Laport.

Die Brüste der Haustiere zeigen in der Milchsekretion keine Veränderung in Betreff des Gehalts an mineralischen Bestandteilen. Die Quantität der Milch wird in einer vorgeschrittenen Zeit der Schwangerschaft vermindert, die konzentrierte Milch enthält weniger Casein, aber mehr Fett und Laktosen. Die Säuglinge, die sie ernähren, entwickeln sich gut, sie selbst müssen ruhig gehalten und sorgfältig gefüttert werden.

Aus seinen eigenen Analysen schliesst L. dass bei der schwangern Frau die chemische Zusammensetzung der Milch sich nicht verändert, dass sie sehr selten zur kollostralen Form zurückkehrt und dass die quantitative Verminderung eine sehr geringe ist.

Das ernährte Kind leidet durchaus nicht an seiner Gesundheit Schaden und nimmt nicht an Gewicht ab. Ausserdem verhindert das

Stillen durch die Mutter die künstliche Ernährung und das frühe Abgewöhnen des Kindes.

Um ein Kind an einer schwangern Mutter fortnähren zu lassen, befolge man die Regel, sich nach dem Alter des Kindes und der Jahreszeit zu richten; man setze das Kind nicht ab, wenn es unter 6 Monate alt ist oder sich in der ungünstigen Jahreszeit Juni, Juli, August und September befindet. Wenn die Milch der Mutter sehr abnimmt, reiche man gemischte Ernährung, wenn diese unmöglich ist, nehme man eine Amme.

Die schwangere Frau wird durch das Stillen ihres Kindes in keiner Weise gestört, sie muss natürlich Anstrengungen vermeiden und ihr Kind, das sie trägt, entwickelt sich in normaler Weise. (Thèse de Paris 98). Drews-Hamburg.

— Pathologie der Schilddrüse. Von E. Shilds.

Ein 10monatliches, von normalen Eltern stammendes, sonst normales Kind bekam einen Anfall von akuter Thyreoiditis, der eine Woche dauerte und mit Schilddrüsenschwellung, Fieber und Kompressionserscheinungen von Seiten der Trachea einherging. Zur Abscessbildung kam es nicht. Fieber und Schwellung verschwanden mit Zurücklassung einer vollständigen Atrophie der Schilddrüse. Wachsthum und Entwickelung des Kindes kamen sofort nach der Erkrankung zum Stillstande und es trat das Bild des typischen Kretinismus zu Tage. Das Kind, welches gegenwärtig 7 Jahre alt ist, erscheint sowohl in seiner körperlichen als in seiner geistigen Entwickelung sehr zurückgeblieben. Vorübergehende Behandlung mit Schilddrüsenextrakt besserte den Zustand. Haar und Haut nahmen eine mehr normale Beschaffenheit an, die Zunge trat nicht so stark aus der Mundhöhle heraus, auch erschien der Gesichtsausdruck intelligenter. (New-York med. Journal.)

Dr. Goldbaum (Wien).

— Lues im Mund und Rachen. Von Ebstein.

In der Sitzung des Wiener medicinischen Klubs vom 16. November v. J. stellte E. ein 8jähriges Mädchen mit luetischen Geschwüren im Mund und Rachen vor. Dasselbe leidet seit 2 Wochen an hochgradigen Schlingbeschwerden, so dass es nur Milch geniessen kann. Die Untersuchung ergiebt: fleckige Trübungen nebst zarter diffuser Trübung der corneae, Oberkiefer flach, Sattelnase, purulente Rhinitis mit Atrophie, Rhagaden an den Mundwinkeln, Fehlen der zwei oberen mittleren Schneidezähne, die anderen Zähne verkümmert und weit von einander abstehend, stellenweise Defekte des Zahnschmelzes, hochrothe, wulstige Infiltration in der Uvula und den Arkadenrändern mit kreisrunden Geschwüren mit speckigem Grunde, die hintere Pharynxwand und die hintere Fläche der Uvula in eine nach oben bis in den Nasenrachenraum, nach unten bis zum Kehlkopfeingange reichende Geschwürsfläche verwandelt, die Epiglottis dick, infiltrirt, mit einem Geschwür in der Mitte des rechten Randes, der rechte nussgrosse Aryknorpel trägt ein Geschwür von 1 cm Durchmesser. Die Hornhauttrübungen sind als Residuen nach luetischer Keratitis aufzufassen, der übrige Befund spricht ebenfalls für hereditäre Syphilis. Syphilitische Geschwüre im Larynx sind selten, meist sitzen sie an der Epiglottis (unter 14 beobachteten Fällen 12 mal). Die Prognose

ist wegen der zu erwartenden Narbenbildung im Rachen nicht günstig. Therapeutisch ist eine Inunctionskur nebst lokaler Behandlung der Geschwüre mit Arg. nitr. in Aussicht genommen.

Dr. Goldbaum (Wien).

— Akuter Alkoholismus bei einem zweimonatlichen Säugling. Von Ausset.

A. beobachtete folgenden Fall: Bei einem Kinde, bei welchen die Erscheinungen einer tuberkulösen Meningitis auftraten (vorgewölbte Fontanelle, Temperatur 39°, Nackensteifigkeit, vereinzelte Rasselgeräusche über den Lungen, Diarrhöen) kam es im weiterem Verlaufe zu Erbrechen und Cheyne-Stokes'schem Atmen. Das Kind wurde von einer Amme genährt; dieselbe musste plötzlich über ihren Wunsch entlassen werden. Damit besserten sich die cephalischen Erscheinungen, der Atmungsrhytmus wurde normal, das Fieber verschwand, die Fontanellenbildung ging zurück, kurz, das Kind genas vollkommen. Nachträglich erfuhr man, dass die Amme die Gewohnheit hatte, sich allabendlich zu betrinken. A. ist daher der Ansicht, dass es sich in diesem Falle um einen akuten Alkoholismus des Kindes handelte. Die Diagnose wurde erschwert durch den Umstand, dass die Mutter des Kindes skrophulöse Narben am Halse und tuberkulöse Erscheinungen von Seiten der Lungen darbot, und ausserdem schon einen Knaben an tuberkulöser Meningitis verloren hatte. (L'Echo medic. 99.) Dr. Goldbaum-Wien.

— Considérations sur les rechutes de la rougeole. Von P. Vergely.

Während einer Masernepidemie erkrankte ein 10jähriges Kind unter typischen Prodromalerscheinungen von 8tägiger Dauer (Conjunctivitis, Nasenkatarrh, laryngo-bronchiale Reizung), welchen eine nach Form, Entwickelung und Verlauf charakteristisches Exanthem sich anschloss. Kurze Pause: neue Prodrome, 4—5 Tage später: neue Eruption auf Gaumenschleimhaut und Haut von Gesicht, Hals und Brust, weniger der Extremitäten und des Abdomen mit nachfolgender typischer, aber weniger intensiver, Desquamation als das erste Mal. Ohne Zweifel handelte es sich beide Male um echte Masern. Lag nun eine wiederholte Erkrankung, ein Rezidiv oder ein Rückfall vor? Mit letzterem bezeichnet Verf. nach dem Vorgange anderer Autoren den Fall, dass die infektiöse Ursache ihre Einwirkung noch nicht beendet hat, sondern nach kürzerer Frist im Verlauf derselben Epidemie wiederum die gleichen Erscheinungen erzeugt. Ein echtes Recidiv jedoch liegt vor, wenn die Masern nach längerer Pause, in einer andern Epidemie wiederholt auftreten. Ein Vergleich der kontradiktorischen Ansichten der Autoren ergiebt, dass Recidive und Rückfälle bei Masern überhaupt nicht gerade häufig sind, dass aber Recidive viel seltener vorkommen als Rückfälle. Zur exakten Entscheidung der Frage reichen freilich die bisherigen Berichte wegen ihrer meist sehr knappen Schilderung der Verhältnisse nicht aus. Als solcher kann gelten, dass Rückfälle im Verlaufe von 6—10 Tagen eintreten. Sie stellen nicht eine exogene Reinfektion, sondern lediglich eine Autoreinfektion dar. Die Frage nach der Häufigkeit der echten Recidive und der Rückfälle bleibt noch endgültig zu lösen. (Gaz. hebd. de med. et de chir., 98). v. Boltenstern-Bremen.

Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.
Dermatol. 5,0
Zinc. oxyd. alb.
Amyl. aa 20,0
Vaselin. flav. 50,0
Mf. past. DS. äusserlich.
Eczem. chronic.
(Ctlbl. f. d. gs. Ther.)

Rp.
Scill. pulv. 0,05
Sacch. pulv. 1,0
Div. in part. aeq. V.
DS. 2 stdl. 1 P.
Diureticum.
(Münch. med. Wchschr.)

Rp.
Acid. lactic. 2,0
Aq. destillat. 80,0
Syr. simpl. 20,0
MDS. 2—$2^1/_2$ stdl. 1 Theel.
Diarrhée verte d. Säuglinge.
(Ségary.)

Rp.
Oxymel. Scill. 10,0
Tinct. Bellad. gtt. X.
Aq. destillat. 20,0
Syr. simpl. 10,0
MDS. 2stdl. 2 Kaffeel.
Bronchitis u. Pertussis.
(Münch. med. Wchschr.)

Rp.
Pulv. rad. Bellad.
Pulv. rad. Ipecac. aa 0,03
Chinin. mur. 0,15
Elaeosacch. foenicul. 0,5
Mf. pulv. D. dos X ad chart. cerat.
S. Morgens u. Abends 1—3 P.
Pertussis.
(Ctbl. f. d. gs. Ther.)

Rp.
Acid. gallic. 5,0
Glycerin. 20,0
DS. zum Pinseln.
Aphthen.
(Ctlbl. f. d. gs. Ther.)

Kleine Mittheilungen.

— Die deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde hält ihre diesjährige Versammlung gelegentlich der 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in München (v. 17.—22. September d. J.) ab. Als Hauptvortragsthemata sind vom Vorstande der Gesellschaft bestimmt worden: 1. Ueber die Behandlung des Eczems im Kindesalter (gemeinschaftlich mit den Abteilungen für Hautkrankheiten, innere Medicin und Geburtshilfe). Referenten: Rille (Innsbruck) und Loos (Innsbruck). 2. Ueber Krämpfe im Kindesalter. Referenten: Lange (Leipzig) und Thiemich (Breslau). 3. Ueber Sepsis im frühen Kindesalter. Referenten: Finkelstein (Berlin) und Seiffert (Leipzig). Ausserdem sind bis jetzt noch 33 Vorträge aus dem Gebiete der Kinderheilkunde angemeldet worden.

Druck von Herm. Schmidt, Schönefeld-Leipzig.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 3836) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

X. Jahrg. **Oktober 1899.** **Heft 10.**

Ein Fall von akuter rheumatischer Pneumonie im Kindesalter nebst Bemerkungen über Nebenwirkungen der Salicylsäure.

Von Dr. F. Schmey, Beuthen O./S.

Die Pneumonie ist eine ausserordentlich schwere Komplikation des akuten Gelenkrheumatismus. Ueber ihre Häufigkeit sind die Ansichten durchaus geteilt. Die betreffenden Angaben schwanken, wie ich dem ausgezeichneten Werke von Pribram über den akuten Gelenkrheumatismus entnehme, zwischen 0,64 und 12,23 Prozent.

Im Laufe dieses Jahres, das uns auffällig zahlreiche und schwere Erkrankungen an Pneumonie gebracht hat, habe ich zweimal Gelegenheit gehabt, Pneumonie zu beobachten, die zweifellos rheumatischer Natur d. h. durch das Virus des akuten Gelenkrheumatismus bedingt waren. Der eine tötlich verlaufene Fall betraf einen 29jährigen sehr kräftigen Mann, der bis auf eine leichte Rauhigkeit des zweiten Aortentones, die von einer in der Kindheit überstandenen rheumatischen Attaque herrührte, ganz gesund war. Der zweite Fall betraf ein 15jähriges anämisches scoliotisches Mädchen.

Nachdem das Kind bereits vor etwa 3 Wochen über rasch vorübergehende Schmerzen in dem einen Sprunggelenke geklagt hatte, die von dem Pädiater, bei dem sie wegen der Scoliose Turnübungen machte, als ein leichter Anfall von Gelenkrheumatismus bezeichnet waren, er-

krankte es eines Tages akut unter Schmerzen in der rechten Seite. Ich konstatierte eine Temperatur von 39°, hinten rechts unten Dämpfung und verschärftes Atmen, das in den folgenden Tagen einen bronchialen Charakter annahm, und stellte die Diagnose: Pneumonie des rechten Unterlappens. Die Temperatur hielt sich einige Tage auf konstanter Höhe; über Gelenkschmerzen wurde in den ersten Tagen nicht im geringsten geklagt. Auffällig war das absolute Fehlen des Hustens und Auswurfs; auch die Auskultation ergab niemals Rasselgeräusche, wie sie der Solution der pneumonischen Hepatisation entsprechen. Ich möchte das als charakteristisch für die rheumatische Pneumonie bezeichnen, da auch in dem zweiten von mir oben erwähnten Falle niemals Husten und Auswurf bestanden; nur einmal schien es, als ob man bei der Auskultation die physikalischen Symptome der Solution hörte, doch mussten wir uns bald überzeugen, dass es sich nicht um Crepitatio redux, sondern um beginnendes Lungenödem handelte. Der Temperaturverlauf bei der Pneumonie des Mädchens war in keiner Hinsicht charakteristisch. Einige Tage nachdem die Pneumonie konstatiert war, traten plötzlich heftige Gelenkschmerzen auf, beide Kniegelenke und das rechte Sprunggelenk schwollen in für den akuten Gelenkrheumatismus charakteristischer Weise an. Gleichzeitig traten Endocarditis und Pericarditis auf, die sehr schnell zu einem mächtigen pericarditischen Ergusse führte. Die Herzdämpfung reichte nach oben bis zur zweiten Rippe, nach rechts weit über den rechten Sternalrand hinaus. Es bestand nun kein Zweifel darüber, dass die ganze Affektion sowohl in den Gelenken, als in der Lunge und am Herzen ein und derselbe Krankheitsprozess war, nämlich akuter Gelenkrheumatismus. Es erwies sich also als nötig, dem Kinde Salicylsäure zu geben. Um den Magen des Kindes zu schonen, beschlossen wir — ausser mir war nämlich noch ein Kollege zur Behandlung herangezogen worden — die Salicylsäure zunächst perkutan zu applizieren und zwar in Form der bekannten Salicylsäure-Terpentinsalbe. Schon nach wenigen Tagen, in denen der rheumatische Prozess in allen seinen Manifestationen durch diese Medikation entschieden günstig beeinflusst wurde, mussten wir jedoch davon Abstand nehmen, da die Oberhaut überall da, wo die Salbe appliziert war, sich in grossen Fetzen ablöste. Wir gaben dann das Natrium salicylicum in Pulvern, von denen jedes 0,5 – 0,75 neben einer kleinen Menge Pulv. fol. digital. enthielt. Von diesen Pulvern wurden der Patientin täglich 2—4 gegeben. Der Appetit des Kindes litt unter dieser Medikation gar nicht, doch möchte ich eine auffällige Magenatonie, die sich einigemale zeigte, als Nebenwirkung der Salicylsäure betrachten, trotzdem eine solche Nebenwirkung meines Wissens noch nie beschrieben worden ist. Der Magen war wiederholt so sehr aufgebläht, dass das Herz ganz aus seiner Lage verdrängt war. Der tympanitische Magenschall war einmal sogar so hoch oben nachweisbar, dass er ein Pneumopericard vertäuschen konnte. Diese Aufblähungen des Magens verschwanden obenso rasch als sie kamen.

Noch auffälliger war aber eine andere Erscheinung. Seitdem das Kind die Salicylsäure innerlich bekam, war sein Schlaf in eigenthümlicher Weise gestört, indem es mitten im festesten Schlafe wiederholt plötzlich aufschrie. Dieses Schreien, das in manchher Nacht bis 20 mal vorgekommen sein soll, wurde von der Mutter als ein Heulen oder Brüllen bezeichnet. Das Kind selbst wusste davon nichts. Da das

Mädchen immer sehr nervös gewesen war, so nahmen wir zunächst an, dass dieses nächtliche Schreien nichts weiter sei, als ein Ausfluss der durch die lange Krankheit gesteigerten Nervosität und legten darauf weiter kein Gewicht. Später, als das Schreien immer schlimmer wurde, dachten wir an epileptiforme Zustände und fügten den Salicylsäurepulvern je 0,5 Natr. brom. zu, jedoch ohne Erfolg. Da wurden durch ein Versehen die Salicylsäurepulver eines Tages nicht eingegeben und wie mit einem Schlage war das oben beschriebene Schreien verschwunden und kehrte, da wir den innerlichen Gebrauch von Salicylsäure von nun an wegliessen, nicht mehr wieder. Störungen des Centralnervensystems nach Salicylsäure sind oft beschrieben worden. Diese Störungen haben allerdings meist den Charakter von Depressionszuständen, doch sind auch Zustände von heftiger psychischer Erregung beschrieben worden. Ich bemerke zum Schluss noch, dass das Kind völlig gesund geworden ist, dass weder am Herzen, noch am Herzbeutel noch an den Gelenken irgend welche Entzündungsreste zurückgeblieben sind.

Ein Fall von Poliomyelitis acuta im Anschluss an Influenza bei einem 15jährigen Mädchen.

Von Dr. med. Albin Burkhardt, Nervenarzt in Dresden.

Zweierlei veranlasst mich den folgenden Fall von Poliomyelitis zu veröffentlichen. Einmal das wohl vermutete aber bisher noch nicht beobachtete Auftreten der Poliomyelitis nach Influenza, und zweitens die im Laufe eines Jahres fast vollständig eingetretene Heilung einer im Anfang ausserordentlich schwer erscheinenden Paraplegie der untern Extremitäten. Aetiologisch nahm man früher an und ist auch heute damit noch nicht weiter gekommen, dass Poliomyelitis sich häufig an akute Infektionskrankheiten: Masern, Scharlach, Keuchhusten etc. anschliesse; ausserdem sollen Erkältung und Trauma ebenfalls die Krankheit hervorrufen können. Das s. Zt. beobachtete epidemische Auftreten von Pol. in Schweden deutet ja offenbar auch auf ein infektiöses Agens hin, doch sind alle bakteriologischen Untersuchungen frischer Fälle bis jetzt ergebnislos verlaufen.

Pathologisch-anatomisch stehe ich vollständig auf dem Standpunkte Siemerlings*) und Goldscheiders**), dass die Pol. eine akute Myelitis ist, sich ausbreitend an den Gefässen besonders der art. spin. anter. Die graue Substanz der Vorderhörner ist dadurch — entsprechend dem durch die genauen Untersuchungen von Kadyi***) und Adamkiewicz†) festgestellten Verlauf der Centralgefässe, in verschiedener Höhe teils stärker, teils schwächer betroffen. Die Atrophie der Gang-

*) Archiv f. Psych. und Nervenkrkh. Bd. XXVI, S. 267 ff.

**) Leyden u. Goldscheider, Erkrankungen des Rückenmarks 1897.

***) Kadyi, Ueber die Blutgefässe des menschlichen Rückenmarks 1889.

†) Adamkiewicz, die Kreislaufsstörungen in den Organen des Centralnervensystems 1899.

lienzellen, die Charcot*) seiner Zeit, jetzt noch Stadelmann**) und von Kahlden***) als das primäre annimmt, halte ich für einen rein sekundären Vorgang im Anschluss an die Entzündung des interstitiellen Gewebes und der Gefässe. Kleinste Emboli in den kleinen Gefässen der arter. spin. können meiner Meinung nach wohl die Ursache für die ersten Anfänge der Entzündung abgeben, besonders seitdem Lamy experimentell stets zuerst Verstopfung der kleinsten Arterien mit nachfolgender haemorrhagischer Erweichung in der grauen Substanz des Rückenmarks — durch Injektion von indifferentem Pulver in die Aorta abdominalis nachgewiesen hat. Häufig werden natürlich die Seitenstränge auch eine geringe Abnahme von Nervenfasern zeigen. Die aus den Vorderhörnern entspringenden Fasern sind natürlich entsprechend der Atrophie der Ganglienzellen ebenfalls atrophisch.

Nach dieser kurzen Abschweifung ins Gebiet der pathologischen Anatomie will ich nun sofort zur Schilderung des von mir beobachteten Falles übergehen.

Es handelt sich um ein bis jetzt immer gesund gewesenes unter den günstigsten Lebensbedingungen aufgewachsenes Mädchen M. G. im Alter von fast 15 Jahren. Pat. ist für ihr Alter gross, hat ein stark entwickeltes Skelet und Muskelsystem, ziemlich reichlichen Panniculus adiposus und ein Gewicht von ca. 65 Kilo. Pat. hat 4 gesunde Geschwister, ausser Keuchhusten keine Kinderkrankheiten überstanden; seit einem Jahre regelmässig 4wöch. menstruiert. Eltern leben und sind gesund.

Die Pat. erkrankte am 7. I. 97 unter Schüttelfrost und Fieber (38,9° C. P. 96.) leichten Hals- Glieder- und Kopfschmerzen und mässiger Bronchitis. Zwei jüngere Schwestern waren zwei Tage vorher an einer leichten genau dieselben Symptome wie die geschilderten zeigenden Influenza mit mässigen Fieber (38,2° und 38,4° C.), aber ohne Halsschmerzen erkrankt, sodass ich auch in diesem Falle Grippe diagnosticierte. Am nächsten Morgen war die Temperatur bei der Pat. auf 37,5° C. zurückgegangen, die Halsschmerzen geringer; es bestand nur noch diffuse Rötung des Rachens, Allgemeinbefinden und Gliederschmerzen waren entschieden besser. Pat. hatte zweimal eine Gabe von Antipyrin und Phenacetin kombiniert (0,5 : 0,25) am Tage der Erkrankung erhalten; mässiger Schweissausbruch und subjektiv besseres Befinden erfolgten darauf.

Um so überraschter war ich, am Morgen des 3. Krankheitstages eine komplete Lähmung beider Beine und sehr ausgeprägte motorische Schwäche in beiden Armen vorzufinden. Das subjektive Befinden war gut, Temperatur 37,2° C., Kopf- und Gliederschmerzen waren ganz geschwunden. Die genauere Untersuchung ergab nun folgendes:

Von der Lähmung sind wie erwähnt, alle 4 Extremitäten ergriffen, die Arme offenbar nur leicht. Bewegungen: Beugen, Strecken, Heben von der Unterlage sind mit den Armen unter einer gewissen Anstrengung noch ausführbar. In den Beinen dagegen ist die Lähmung eine voll-

*) Leçons sur les maladies du système nerveux 1874.

**) Beiträge zur Pathologie und pathol. Anat. der Rückenmarkserkrankungen. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXXIII. Bd.

***) Entzündung u. Atrophie der Vorderhörner des Rückenmarks. Ziegler's Beitr. z. pathol. Anat. XIII. Bd.

kommene. Die Pat. ist nicht imstande, Unterschenkel oder Fuss auch nur um Centimeterhöhe von der Unterlage zu erheben. Beim passiven Bewegen fällt jedes Bein schlaff auf die Unterlage zurück. Die Temperatur ist an den Unterschenkeln herabgesetzt, sie fühlen sich kühl an und im spätern Verlauf trat auch eine deutlich cyanotische Färbung auf. Die Prüfung der Reflexe zeigt an beiden Beinen vollständiges Erloschensein derselben, während mehrmalige auch späterhin fortgesetzte Prüfungen der Sensibilität sowohl an den Armen als auch an den besonders schwer betroffenen Unterextremitäten immer normale Verhältnisse ergaben. Geradezu auffallend ist die absolut genaue Lokalisation der Berührungen mit der Nadel. Am Morgen des ersten Tages der Lähmung bestand Harnverhaltung, die aber am Abend bereits von selbst wieder nachliess. Störungen von seiten der Blase und des Darmes sind im ganzen fernern Krankheitsverlauf nie beobachtet worden. Beim Aufrichten im Bett fiel es auf, dass Pat. ausserordentlich kräftig unterstützt werden musste, sodass sich mir die Vermutung aufdrängte, dass auch ein Teil der Lendenmuskulatur von der Lähmung mit ergriffen sei. Der spätere Verlauf gab dieser Vermutung Recht, da über eine ausgeprägte Schwäche in den Lendenmuskeln viele Monate von der Pat. geklagt wurde. Bereits nach drei Tagen konnte ich eine wesentliche Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit im Quadriceps und in fast allen vom Nerv. peron. prof. (Musc. tibialis antic. Ext. hall. long. Extens. digit. long.) und vom Nerv. tib. (Musc. tric. surae) versorgten Muskeln nachweisen. In den obern Extremitäten waren die Lähmungserscheinungen schon nach zwei Tagen vollständig verschwunden, sodass die Arme wieder frei bewegt werden konnten. Das Allgemeinbefinden der Pat. (Stimmung, Appetit etc.) war im übrigen ein gutes.

Das schnelle, akute Auftreten der Lähmung, der motorische Charakter derselben, das Fehlen der Sensibilitätsstörungen und das Freibleiben von Harn- und Stuhlbeschwerden, das Erlöschen der Reflexe wiesen offenbar auf einen in den Vorderhörnern des Rückenmarkes sich abspielenden Prozess hin. Bei einer an eine Infektionskrankheit sich anschliessenden Polyneuritis wären erstens die Lähmungserscheinungen nicht in dieser Schnelligkeit aufgetreten und hätten sicher nicht schon am ersten Tage ihre grösste Ausdehnung erreicht, um schon am dritten Tage in den Oberextremitäten wieder zurückzugehen. Ausserdem sprach auch das Fehlen der Sensibilitätsstörungen entschieden gegen eine Polyneuritis, ebenso wie etwa gegen eine in Betracht kommende akute disseminierte Myelitis. Sicher wären, wenn es sich um eine Myelitis diffusa gehandelt hätte, infolge der Beteiligung der weissen Substanz, Blasenstörung, Spasmen, Ataxie und vor allem auch Störungen in der Gefühlssphäre eingetreten. Nach sorgfältiger Erwägung aller Symptome und unter Berücksichtigung des genau beobachteten Krankheitsverlaufes konnte es sich nur um einen — wenn auch in diesem Alter sehr seltenen — Fall von Poliomyelitis acuta handeln. Das fast vollständige Erlöschen der elektrischen Erregbarkeit der Unterschenkelmuskeln und die, offenbar durch Fettpolster verdeckte, auch an einigen Muskelbündeln eingetretene Atrophie in den spätern Stadien der Krankheit bestätigte die Diagnose voll und ganz.

Ich stellte bei der Schwere der Lähmung und bei der in diesem Alter so selten erfolgenden gänzlichen Wiederherstellung die Prognose

quoad sanationem completam nicht gerade günstig. Dass ich mich hierin zu Gunsten der Pat. getäuscht habe, nehme ich jetzt gern mit in den Kauf. Auch Oppenheim betont, dass beim Befallensein beider Beine und der Rumpfmuskulatur die Wiederherstellung kaum zu erwarten sei, ebenso äussern sich die französischen Autoren. Man ist sogar soweit gegangen, bei völliger Wiederherstellung eines derartigen Pat. in diesem Alter, direkte Zweifel auszusprechen, dass die Diagnose Poliomyelitis überhaupt richtig gestellt worden sei.

Da ich bereits früher bei zeitig eingeleiteter elektrischer Behandlung der Kinderlähmung günstige Erfolge erzielt hatte, entschied ich mich auch hier am 5. Tage schon, da die Pat. absolut kein Fieber mehr hatte, mit vorsichtiger Galvanisation zu beginnen. Leyden, Goldscheider, Oppenheim u. a. widerraten direkt, die elektrische Behandlung früher als 2—3 Wochen nach Eintritt der Lähmung zu beginnen. Ich gebe zu, dass ich bei, wenn auch nur mässigem Fieber oder schlechtem Allgemeinbefinden, den Rückgang dieser Erscheinungen ebenfalls abgewartet hätte. Aber in diesem Falle, bei dem ausgezeichneten Allgemeinbefinden, hielt ich Abwarten einfach für einen Zeitverlust in der Behandlung, zumal sich auch Erb und neuerdings Stintzing*) energisch für möglichst frühzeitig eingeleitete elektrische Behandlung der Krankheit ausgesprochen haben. Hughes**) will sogar mittelst konstanter Ströme in absteigender Richtung unmittelbar nach der Lähmung eine bessere und schnellere Resorption der akut entzündlichen Produkte herbeigeführt haben. — Ermutigend war der Fall nun gewiss nicht. Denn die Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit deutete zweifellos auf beginnende Entartungsreaktion hin. Vier Tage ungefähr beobachtete ich auch noch eine Zunahme der Herabsetzung der Erregbarkeit so, dass z. B. in den beiden Musc. tib. antic. schliesslich nur eine träge Zuckung durch den galvanischen Strom ausgelöst wurde.

Nach Anregung einer kräftigen Diaphorese durch Packungen und Antipyrin, Phenacetin und Salipyrin begann ich, wie gesagt, am 5. Tage mit einer vorsichtigen stabilen Behandlung des Rückenmarks. Mit ungefähr 3—6 MA Stromstärke galvanisierte ich mit Elektrodenplatten von ca. 20—45 qcm das Rückenmark in der gesamten Ausdehnung. Nach ca. 8 Tagen begann ich die Massierrolle zu benutzen und neben einfachem Durchströmen der peripheren Nerven (Anode auf die Lendenwirbelsäule, Kathode mit der Massierrolle verbunden) gleichzeitig die Muskulatur der Beine zu streichen. Nach wiederum ca. 14 Tagen wechselte ich mit dem fardadischen und galvanischen Strome ab und hatte die Genugthuung zu beobachten, dass die galvanischen Muskelzuckungen schneller und kräftiger wurden. Einschalten will ich hier gleich, dass diese Behandlung anfangs täglich, nach ca. 8 Wochen 3mal wöchentlich fast dreivierteljahr fortgesetzt worden ist, wie sich später zeigte, zum grössten Vorteile der Patientin.

Gleichzeitig wurde die Kranke vom Ende der zweiten Woche an täglich leicht massiert und mit ihr passive Bewegungen gemacht; ausserdem erhielt sie dreimal wöchentlich ein Soolbad 28° R. Die Lähmung besserte sich bei dieser Therapie, wenn auch nur langsam, doch so, dass

*) Penzoldt u. Stintzing, Handb. d. Therapie innerer Krankh. Bd. VII 704 ff.
**) C. H. Hughes. The alienist and neurologist Oct, 1888.

Pat. 8 Wochen nach der Erkrankung mit Unterstützung zweier Pflegerinnen die ersten Versuche zu stehen, unternehmen konnte. Die ersten vier Wochen hatte die Pat. im Bett, die folgende Zeit abwechselnd im Bett und Lehnstuhl zugebracht; ins Bad musste sie auch jetzt noch getragen werden. Um diese Zeit erhielt die Kranke mehrere Wochen lang kleine von Gowers mehrfach empfohlene Dosen von Strychnin mit $^1/_2$ mgr. pro die beginnend, anscheinend ohne wesentlichen Erfolg. Vom dritten Monat der Erkrankung an, nachdem schon kleine Gehversuche zur Zufriedenheit ausgefallen waren, besuchte die Pat. die folgende Zeit, mit mehrfacher Unterbrechung allerdings, ein medikomechanisches Institut, im Sommer ca. $2^1/_2$ Monate ein Nordseebad. Beide Faktoren schienen ausserordentlich günstigen Einfluss zu haben, besonders fiel mir nach dem Gebrauch von Seebädern (zuerst warme, dann kalte) die freiere Beweglichkeit der Beine auf. Pat. konnte jetzt mit Zuhilfenahme des Geländers die Treppe ganz leidlich wieder steigen. Mit Beginn der schlechtern Jahreszeit im Herbst wurden systematische Radfahrstudien in der Bahn begonnen (Pat. war Radfahrerin), ebenso musste Pat. Tanzunterricht nehmen. Bereits nach zwei Monaten konnte Pat., nachdem man ihr aufs Rad geholfen, ohne Unterstützung sicher in der Bahn fahren, während der Tanzunterricht, der sich anfangs allerdings ausserordentlich mühevoll gestaltete, allmählich etwas Grazie in die unbeholfenen und manchmal geradezu plumpen Bewegungen brachte. Nebenher wurde von einem auswärtigen Kollegen versucht, in der Hypnose entsprechende Suggestionen zu geben, aber wie mir der betr. Kollege schrieb, mit nur geringem Erfolge, da sich die Pat. fast refraktär der Hypnose gegenüber verhielt. Gerade $1^1/_4$ Jahr nach der Erkrankung sah ich die Pat. wieder, die sich inzwischen in England mehrere Monate unter konsequenter Fortsetzung aller hier begonnenen Massnahmen aufgehalten hatte, und es war mir wirklich eine Genugthuung, jetzt einen vollen Erfolg der eingeschlagenen, streng und so lange Zeit durchgeführten Therapie zu sehen. Die Beine waren vollständig wie früher wieder gebrauchsfähig, alle verlangten Bewegungen wurden von der Pat. mit Leichtigkeit ausgeführt. Einzig und allein beim Bücken und schnellen Laufen fiel dem Beobachter eine geringe Steifigkeit in der Lendenwirbelsäule auf. Atrophie einzelner kleiner Muskelbündel war wohl nur infolge des ausserordentlich starken Fettpolsters nicht nachzuweisen; Reflexe wurden wieder gut ausgelöst. Die elektrische Erregbarkeit in Muskel und Nerv war, soweit ich bei der leider nur kurzen Untersuchung prüfen konnte, eine normale. Das Allgemeinbefinden war ein vorzügliches und die Pat. glücklich, dass sie nicht mehr auf ihre Umgebung zu jeder Hilfeleistung angewiesen war.

Es sollte mich freuen, wenn durch die Veröffentlichung der vorstehenden Krankengeschichte mancher Kollege Veranlassung nehmen würde, bei der Therapie der Poliomyelitis nicht zu frühzeitig die Flinte ins Korn zu werfen, sondern dem Beispiele Erb's zu folgen und Monate, ja, wenn es sein muss, ein Jahr und noch länger konsequent die Behandlung fortzusetzen. Der Erfolg lohnt's doch einmal!

Der Wert des Naftalan in der Therapie.*)

Von Dr. A. Klug in Freiheit-Johannisbad.

Die Hochflut medikamentöser Präparate in den letzten Jahren hat neben zahlreichen minderwertigen oder wertlosen Heilmitteln in dem Naftalan endlich wieder ein Goldkörnchen angeschwemmt, das gradezu epochemachend in seiner eigenartigen Heilwirkung ist und in dem Heilschatze des praktischen Arztes binnen kurzem sich einen der ersten Plätze erobern wird. Die Anwendung desselben meinerseits in zahlreichen Fällen, die mich vollständig von dem Werte desselben überzeugten, veranlasste mich gleichzeitig zur Abfassung dieser Zeilen, da ich manche der in der diesbezüglichen Litteratur niedergelegten Erfahrungen und Ansichten nicht zu teilen vermag und anderseits das Anwendungsfeld in mancher Beziehung enger, in mancher aber weiter gezogen wissen möchte. Aus dieser Literatur will ich zunächst folgendes herausheben:

Naftalan ist nach englischen Fachblättern eine Lösung von 2,5 bis 4 Prozent wasserfreier Seife in gereinigtem Petroleumäther (oder, wie es anderwärts heisst, in einer durch fraktionierte Destillation gereinigten, eigenartigen Rohnaphta) von ziemlich konsistenter Salbenform. Es besitzt nach Aufrecht einen sehr geringen Wassergehalt (0,096 Prozent), nimmt bis zu 35 Prozent Wasser auf, emulgirt sich auch sehr leicht mit Wasser und besteht in seinem Aschegehalt hauptsächlich aus Natron, Kali, Calcium- und Eisenoxyd.

Dr. Rosenbaum, Oberarzt am Michael-Krankenhause in Tiflis, der über das Naftalan die ersten Mitteilungen machte, schreibt demselben „besonders starke antiseptische“ Wirkung zu und findet grade in dieser Eigenschaft „die Erklärung zu den guten Erfolgen bei schmerzhaften, entzündlichen Prozessen und vielen Hautkrankheiten“. Bezüglich der Reizwirkung, die dem Naftalan innewohnt, ist er der Ansicht, dass „grade dadurch ein verstärkter Zufluss des Blutes und damit gleichzeitig eine Resorption verschiedener Krankheitsprodukte erzielt wird, dass also das Naftalan auf die Blutzirkulation und gleichzeitig auf die Ernährung der erkrankten Gewebe einwirke“. Bezüglich der „effektiv antiparasitären Wirkung“ des Naftalan stimmen auch andere überein, wie Pezzoli, Malyschew und zum Teile auch Isaak, denn dieser schreibt über die Heilfaktoren desselben: „Einerseits dürften die demselben innewohnenden, starken antibakteriellen Eigenschaften in Verbindung mit dem leichten Resorptionsvermögen Dermatosen auf infektiöser Basis, wie das Erysipel, günstig beeinflussen, anderseits müssen jedoch noch andere Momente zur Erklärung der günstigen Wirkung (beim Ekzem) in Betracht gezogen werden, wenn wir eben nicht annehmen wollen — wofür bisher auch der positive Nachweis fehlt —, dass das Ekzem auf parasitärer Grundlage beruht. Wahrscheinlich dürften durch Naftalan neue Zirkulationsbedingungen geschaffen werden, die ihrerseits das schon pathologisch veränderte Gewebe in einen normalen oder wenigstens dem normalen nahekommenden Zustand zurückzubringen imstande sind.“

*) Auszug aus einem Artikel in der „Wiener mediz. Presse“, Nr. 18 u. 19, 1899

Entgegen den hohen Ansichten über die antibakterielle Macht des Naftalan gesteht Aufrecht demselben baktericide Eigenschaften nur in sehr geringem Masse zu.

Nach Rohleder ist es ein „reduzierendes Mittel, dessen reduzierende Kraft etwa der des Ichthyols, Schwefel etc. gleichsteht“.

Was die Krankheitsformen anbelangt, in denen das Naftalan zur Verwendung gelangte, so waren dies besonders Erkrankungen und Entzündungen der Haut. Hierbei wurden die besten Erfolge beim Ekzem, und zwar besonders dem chronischen, erzielt, während beim akuten, besonders bei starker Entzündung, einigemal das Mittel nicht vertragen wurde. Bei Erysipel, Prurigo, Psoriasis, Lichen ruber planus, Herpes tonsurans, Sycosis parasitaria u. a. liegen einander widersprechende Daten vor, dagegen übereinstimmend günstige bei Verbrennungen und besonders bei eitrigen, phlegmonösen und gangränösen Entzündungen. Ferner wird dem Naftalan eine „schmerzstillende, ableitende, reduzierende, heilende“ Wirkung nachgerühmt bei Entzündungen der verschiedensten Drüsen und Organe, sowie speziell bei rheumatischen Erkrankungen der Muskeln, Gelenke und Nerven, sowie bei den schmerzhaften Anschwellungen und Affektionen und Traumen.

Die Anwendung des Naftalan in so differenten Krankheitsformen mit sicheren und unsicheren Erfolgen zeigt die noch recht unklare Erkenntnis seiner Wirkungsweise; denn weder die Auffassung als schlechtweg antibakterielles, noch als reduzierendes oder resorbierendes Mittel bietet für alle Fälle eine befriedigende oder überhaupt mögliche Erklärung. Meine Beobachtungen an dem verschiedenartigsten Material haben mich zu folgender Anschauung geführt:

Naftalan ist ein hervorragendes Heilmittel, dessen Heilfähigkeit von drei Gesichtspunkten aus betrachtet und abgeschätzt werden muss, — ob nämlich erstens dasselbe direkt auf das veränderte Gewebe einwirken und dabei in seinen sämtlichen Fähigkeiten zum vollen Ausdruck gelangen kann — zweitens, ob dasselbe zwar ebenfalls direkt einwirken kann, aber durch irgend welche Hindernisse an der vollständigen Entfaltung jener Fähigkeiten in ihrer Gesamtheit oder in gewissen Einzelheiten mehr oder weniger gehindert wird — drittens, ob eine direkte Einwirkung überhaupt ausgeschlossen ist, sodass ein günstiger Erfolg nur durch indirekte Hervorrufung vorteilhafter Heilbedingungen möglich ist.

Nach diesen Gesichtspunkten will ich auch die Fälle, bei denen das Naftalan Erfolge zeigt, einteilen und besprechen.

I.

In die erste Gruppe, wo also das Naftalan eine möglichst vollständige Heilwirkung entfaltet, gehören die verschiedenen Entzündungen und krankhaften Veränderungen der Haut oder deren Nachbarschaft, wenn nämlich die Einwirkung auf das pathologisch veränderte Gebiet nicht durch die intakte oder wenig lädierte Hornschicht aufgehoben oder vermindert wird. Volle Heilwirkung wird unter dieser Voraussetzung erzielt beim akuten und chronischen Ekzem, bei Verbrennungen, sowie bei eitrigen, eitrig-fibrinösen (phlegmonösen) und gangränösen Entzündungen der Haut oder der unter derselben gelegenen Gewebe, im letzteren Falle aber nur dann, wenn durch ausgiebige Inzision der Widerstand der Haut überwunden und dadurch ein genügendes Ein-

wirkungsfeld geschaffen wurde. Bemerkt muss noch werden, dass auch eine entstehende Blasendecke, wie bei Combustiones des 3. Grades oder bei Impetipo contagiosa, ein nicht unerhebliches Hindernis für die volle Bethätigung der Heilkraft des Naftalan abgibt, weshalb der Naftalanbehandlung stets die Entfernung derselben vorangehen muss.

In allen Fällen dieser Gruppe liegt meines Erachtens die Erklärung der vorzüglichen Heilkraft des Naftalan in der Fähigkeit desselben, den verschiedenen Gewebselementen energisch Wasser zu entziehen, die abgestorbenen oder stark geschädigten Zellen des Entzündungsbezirkes aufzulösen, die weniger erkrankten Zellen aber zu regenerieren und sie sowie sämtliche leistungsfähige Zellen durch die ihm innewohnenden reizenden Eigenschaften zur erhöhten Thätigkeit im Sinne der Restitutio ad integrum anzuregen, ferner in der Fähigkeit, nicht bloss die Gefässe zu verengen, sondern auch die Gefässwand und die Blutzellen so zu verändern, dass weder eine starke Emigration von Leukocyten, noch auch eine bedeutendere Resorption von Entzündungsprodukten und toxischen Substanzen, selbst wenn sie sich im gelösten Zustande befinden, vor sich gehen kann.

Die Fähigkeit des Naftalan, den Gewebselementen Wasser zu entziehen, ist sowohl makroskopisch an der eingetretenen Schrumpfung, als auch mikroskopisch zu konstatieren, indem die gequollenen Epithelzellen und Blutkörperchen bereits nach der ersten Naftalanwirkung eine entschiedene Verringerung ihrer Dimensionen erfahren.

Die Wasserentziehung hat nun erstens zur Folge die stets präzis und ausgiebig sich einstellende Verminderung oder Aufhebung des Schmerzes. Dass die Wasserabgabe der Gewebe und speziell hier der Nerven-Endapparate in der That Anästhesie zu erzeugen vermag, ist ja auch für die Infiltrations-Anästhesie von Heinrich Braun nachgewiesen worden. In unserem Falle mögen ausserdem wohl auch noch spezifisch chemische Eigenschaften des im Naftalan enthaltenen Mineralfettes anästhesierend einwirken, da ja auch z. B. das Petroleum als schmerzstillendes Hausmittel in Form von Umschlägen weit bekannt ist. Ferner dürfte bezüglich des Schmerzes sicher auch der infolge der Wasserentziehung und Schrumpfung verminderte Druck auf die Nervenzellen von seiten ihrer nun auf ein geringeres Volumen gesetzten Nachbarschaft bis zu einem gewissen Grade noch in Betracht zu ziehen sein.

Zweitens wirkt die Wasserentziehung ausgezeichnet antibakteriell. Denn es ist ja bekannt, dass die Spaltpilze zu ihrem Leben unumgänglich Wasser benötigen und schon dann in ihrer Weiterentwickelung gestört werden, wenn das ihnen sonst zusagende Nährmaterial in zu geringer Wassermenge geboten wird. Eiterkokken und besonders Fäulniserreger stellen nach der Naftalaneinwirkung sofort ihre Zerstörungs- und Zersetzungsthätigkeit infolge der gestörten Lebensbedingungen ein und verschwinden rasch vollständig aus dem Entzündungsgebiete, wovon man sich bei phlegmonösen und gangränösen Entzündungen leicht überzeugen kann. Dies kommt in diesen Fällen z. B. auch durch das auffallend schnelle Verschwinden des phlegmonösen und gangränösen Geruches zum Ausdruck. Hierin findet also die „stark desodorisierende Wirkung“ des Naftalan ihre einfache Erklärung. Bakterizid ist demnach Naftalan nur indirekt, da es nicht wie unsere gewöhnlichen Antiseptika die pathogenen Gebilde chemisch vergiftet

und zerstört — denn das Mineralfett des Naftalan ist in dieser Hinsicht als ziemlich indifferent bekannt —, sondern indem es den Nährboden für dieselben so zu deren ungunsten verändert, dass dieselben in ihrer Weiterentwickelung gestört, ja sogar dem Untergange geweiht sind. Während grade unsere verlässlichsten Antiseptika auch die kranken und gesunden Gewebszellen stark beschädigen — so dass auf dem XII. medizinischen Kongress in Moskau Braatz sich bewogen fühlte, für die aseptische Behandlung selbst der infizierten Wunden einzutreten —, so haben wir nun in dem Naftalan ein Heilmittel, welches den eminenten Vorzug besitzt, nicht bloss den schädlichen Einfluss der Bakterien lahmzulegen, ohne das Gewebe zu verletzen, sondern welches sogar auf das letztere durch seine übrigen Eigenschaften auf das günstigste im Sinne der Heilung einzuwirken vermag.

Drittens verursacht die Wasserentziehung durch die eintretende Schrumpfung eine Verengerung der vorhin infolge der Entzündung erweiterten Gefässe. Die Verengerung wird noch erhöht durch das im Naftalan enthaltene Alkali, denn, wie schon Gaskell bewies, tritt nach Einwirkung von verdünnten Alkalien auf die Blutgefässe stets Verengerung derselben ein. (Schluss folgt).

Referate.

Ueber das Koplik'sche Frühsymptom bei Masern. Von Knöspel. (Prager med. Wochenschrift, No. 41 u. 42, 1898.)

In das Ganghofer'sche Kinderspital gelangten 41 Morbillenfälle zur Aufnahme, bei welchen K. die Koplik'schen Flecken sah und zwar bei 17 von diesen, bei welchen das Hautexanthem noch nicht zum Ausbruche gekommen war, trat dasselbe in einem Falle nach 5, in 6 Fällen nach 4, in 3 nach 3, in 3 nach 2 Tagen und bei 4 Fällen am nächsten Tage auf; die übrigen Fälle wurden bereits mit Hautexanthem aufgenommen und zeigten ebenfalls die Koplik'schen Flecken. Dieselben befanden sich an beiden Wangen, stets gegenüber den beiden Backenzähnen, oder häufig rings um den Ausführungsgang des Dustus Stenonianus gelagert; ferner fast regelmässig auf der Schleimhaut der Lippen, und des Oefteren auf der Gingiva. Manchmal beobachtete K. auf der Gingiva eine dünne, florartige Auflagerung von bläulich weisser Farbe, die gleich den Koplik'schen Flecken sich als eine mikroskopische Anhäufung glatter Epithelien darstellt, die stellenweise eine grosse Menge Fettküchelchen enthalten. Stets schwanden die Koplik'schen Flecken am 2. oder spätestens am 3. Tage nach Auftreten des Exanthems. Durch einige Krankengeschichten wird die Wichtigkeit dieses Frühsymptoms der Masern, sowohl was die Prophylaxe als auch die Differentialdiagnose betrifft, illustriert.

Dr. Goldbaum-Wien.

Ueber gehäuftes Auftreten und über die Aetiologie der Poliomyelitis anterior acuta infantum. Von Auerbach. (Jahrb. f. Kinderheilkunde, Bd. L., Heft 1 u. 2.)

A. beobachtete in der Frankfurter Poliklinik im Verlauf von 7 Monaten 15 Fälle, 6 Mädchen und 9 Knaben im Alter von 8 Monaten

bis zu $2^1/_4$ Jahr. Von vorausgegangenen Krankheiten werden einige Male Verdauungsstörungen, Rachitis und Bronchialkatarrh angegeben. Der Beginn war stets ein plötzlicher, fieberhafter; dreimal sollen kurze Krampfanfälle dabei aufgetreten sein. Die Symptomatologie bot in 11 Fällen nichts von dem gewöhnlichen Krankheitsbilde Abweichendes: es bestand eine schlaffe Lähmung und mehr oder weniger eine hochgradige Atrophie zweimal beider Beine, dreimal des rechten Beines, dreimal des linken Beines, zweimal des linken und einmal des rechten Armes. Es fehlten stets die entsprechenden Sehnenreflexe. In den Fällen, in welchen man die elektrische Prüfung ausführen konnte, wurde stets Erloschensein der faradischen Erregbarkeit in den gelähmten Muskeln und meistens auch die für die Entartungsreaktion charakteristische träge Zuckung bei direkter galvanischer Muskelreizung festgestellt. Die 4 übrigen Fälle werden genauer beschrieben, der letzte davon bietet insofern diagnostisches Interesse dar, als das sehr seltene Symptom einer Facialisparalyse dabei hervortrat.

Ueber gehäuftes Auftreten des Poliomyelitis liegen von deutschen Autoren nur sehr spärliche Mitteilungen vor. Einen wichtigen Beitrag zur Lehre von der Aetiologie des akuten Poliomyelitis lieferte Schultze. Derselbe wies in der Cerebrospinalflüssigkeit, die einem kranken Knaben mit Poliomyelitis durch Lumbalpunktion entnommen war, viele in kurzen Ketten und in Tetraden angeordnete, gonokokkenähnliche Diplokokken nach, welche vollständig das Aussehen der Weichselbaum-Jäger'schen Meningokokken zeigten. Diese werden jetzt von der grösseren Anzahl der Autoren für den hauptsächlichsten Erreger der Cerebrospinalmeningitis gehalten. Auch in dem Schulze'schen Falle bestanden im Beginne Erscheinungen, wie man sie bei akuter Meningitis findet.

Der häufigere oder regelmässige Nachweis, des Meningokokkus bei der Poliomyelitis würde nicht nur den plötzlichen Beginn mit Allgemeinerscheinungen nach Art der Infektionskrankheiten, sondern auch ein epidemieartiges Auftreten derselben erklären. Aber noch eine weitere Reihe von selteneren Symptomen bei der erwähnten Erkrankung würden dem Verständnis erheblich näher gerückt, wenn das Schultze'sche Untersuchungsresultat sich allgemein bestätigen würde, so das Mitbetroffensein der motorischen Hirnnervenkerne und die Kombination mit Polyneuritiden. Es würde dann nicht mehr angehen, eine so scharfe Trennung der 3 Krankheitsbilder Meningitis, Poliomyelitis und Encephalitis durchzuführen, wie man dies bisher beliebte. Nach A.'s Annahme kann der Unterschied der 3 Symptomencomplexe: Cerebrospinalmeningitis, sporadisch oder epidemisch, Poliomyelitis und Encephalitis kein pathogenetischer sein, sondern nur ein gradueller und lokaler.

Es ist zu wünschen, dass in möglichst vielen zur obigen Krankheitsgruppe gehörigen Fällen, und zwar in ihrem Beginn zur Förderung der angedeuteten Fragen von der Lumbalpunktion Gebrauch gemacht und die gewonnene Cerebrospinalflüssigkeit bakteriologisch genau untersucht wird. Der Eingriff erweist sich auch als therapeutisch wirksam, da man danach häufig eine Druckherabsetzung innerhalb des Cerebrospinalkanals beobachtet.

Schnell-Egeln.

Die Gewichtszunahme bei künstlich ernährten Kindern. Von Henry Koplik. (Jahrb. f. Kinderheilk. I. Band.)

Theoretische Darlegungen über die Anwendbarkeit von Methoden der Kinderernährung, wie sie allzu vielfach geboten werden, bringen uns nicht weiter. Lediglich die Feststellung von Resultaten in der Praxis kann Wert beanspruchen. K. hat in seiner Poliklinik bei einer grösseren Zahl von Kindern unter 9 Monaten durch Wägungen den Wert zweier Ernährungsmethoden geprüft.

Es wurden beobachtet:

1. Kinder, die gleich von der Geburt an mit modifizierter Kuhmilch ernährt wurden,

2. Kinder, die neben der Brustnahrung Kuhmilch erhielten.

Die Milch wurde bei 90—92^0 sterilisiert und dann rasch abgekühlt. Hierauf wurde sie nach Heubner-Hofmann mit gleichen Teilen einer 6$^0/_0$ Milchzuckerlösung gemischt. Sämtliche Kinder erhielten dieselbe Mixtur je nach dem Alter in verschiedener Quantität. Täglich wurden 7 bis 8 Flaschen gegeben. Hervorzuheben ist, dass die Mischung nur 1,85$^0/_0$ Fett enthält. Eine kleine Zahl älterer Kinder, die hierbei nicht gedieh, erhielt von 16$^0/_0$ Fett enthaltendem Rahm soviel zugesetzt, dass der Fettgehalt 4$^0/^0$ betrug.

K.'s Wägungsresultate waren recht erfreulich. Mit einer von Ahlfeld durch Wägung von Brustkindern genommenen Tabelle verglichen, bleiben seine Zahlen nur um ein Geringes zurück. Dagegen zeigte sich, dass die Zunahme der Flaschenkinder weniger gleichmässig war, vielmehr grössere Sprünge zeigte. Eine weitere Einschränkung erfährt das günstige Resultat dadurch, dass nur solche Kinder in der bezeichneten Weise zunahmen, bei denen unter peinlicher Sorgfalt alles vermieden wurde, was das Kind krank machen oder sonst das Gedeihen hindern konnte.

ad 2. Wurde neben der Flasche 2—4 mal täglich die Brust gegeben, so gediehen die Kinder regelmässig besser als mit der Flasche allein und erkrankten auch seltener an Verdauungsstörungen. Die Gewichtszahlen waren bei solchen Kindern bedeutend höher. Besonders auffallend waren diese Gewichtsdifferenzen in der 8. bis 12. und 13. bis 16. Woche. Sehr instruktiv nach dieser Richtung hin ist ein Beispiel von Zwillingen, deren einer bei einem Anfangsgewicht von 2511 g mit Brust- und Flaschennahrung im 6. Monat 4712 g wog, während seine Schwester ohne Brustnahrung mit einem Anfangsgewicht von 2635 g atrophisch wurde und im 6. Monat nur 3348 g wog.

Von denjenigen Kindern, die zur Milchmischung noch Rahm erhielten, gedieh ein Teil gut, andere liessen trotz aller Pflege jedes Gedeihen vermissen und atrophierten langsam; noch andere beantworteten jeden Versuch, ihnen die Rahmmilch beizubringen, mit Dyspepsieen, sodass diese Ernährung aufgegeben werden musste.

Mit Recht bemerkt K., dass jede noch so bewährte künstliche Ernährungsmethode in einer Reihe von Fällen versagt und man sich deshalb in der Praxis nur durch strenges Individualisieren vor Enttäuschungen schützen kann.

Dr. Friedmann-Beuthen O.-S.

Zur Hygiene der ersten Lebenstage. Von Hans Fuchs. (Münch. med. Wochenschrift, No. 21, 1899.)

Verf. widerlegt die Auffassung von W. Gessner, welcher die Aetiologie des Icterus neonatorum auf die rauhen Hände der Hebammen zurückführt, indem er von der Annahme ausgeht, dass bei der Handreinigung post partum durch unzartes Frottieren der Haut seitens der Hebammen meist multiple Haemorrhagien in Cutis und Subcutis entstünden. Diese anatomisch noch nicht bewiesenen Haemorrhagien hält G. für den Ausgangspunkt des Icterus wie des Harnsäureinfarctes der Neugeborenen und sogar für die Quelle fast sämtlicher Erkrankungen der ersten Lebenstage. Ueber den letzteren Punkt glaubt Verf. zur Tagesordnung übergehen zu können. Die Annahme G., dass Bilirubin sich aus den extravasirten roten Blutkörperchen in loco bilde und ebenda eine echte Uterusfärbung der Gewebe veranlasse, scheint Verf. wenig begründet, zumal es nicht feststeht, ob selbst im kreisenden, also oxydationsfähigen Blute die Entstehung des Bilirubins aus freigewordenem Blutfarbstoff möglich sei, ob nicht vielmehr die Leber als ausschliessliche Bildungsstätte desselben angenommen werden muss. Hofmeier sieht den Zerfall roter Blutkörper als Ursache des Icterus an, Quincke das relativ lange Offenbleiben des Ductus venosus Arantii, durch welchen Meconiumgalle mit Umgehung der Leber direkt in die Vena cava gelangt. Um die theoretischen, nicht experimentell gestützten Beweisgründe G.'s durch ein einfaches Experiment zu widerlegen, wurde bei einer Anzahl Neugeborener, die sämtlich am normalen Ende der Schwangerschaft geboren waren, sowohl die übliche Entfernung der Vernix caseosa als auch das tägliche Bad unterlassen. Es zeigte sich nun, dass bei 11 von den 15 Kindern (73,3 Prozent) Icterus auftrat und nur bei 4 ausblieb. Bemerkenswert ist, dass auch bei den leichteren Graden stets eine, wenn auch schwache Gelbfärbung der Conjunctivae sich fand. Der chemische Nachweis des Bilirubins im Harn gelang nur in einem Falle mit der Rosin'schen Jodtincturprobe, in 5 dagegen liess sich das für Icterus charakteristische gelbe Pigment nachweisen, das meist an den krystallinischen Harnsäurenniederschlägen, gelegentlich auch an den Harnsäurecylindern in Form von kleinen Plättchen und Schollen haftete. Ferner liess sich 8 mal der Nachweis von Harnsäuresediment im Urin bringen, wodurch die Behauptung des Zuhammenhangs von harnsaurem Infarct und Hauthaemorrhagien widerlegt wird.

Bezüglich des Körpergewichts fand sich eine durchschnittliche Gewichtsabnahme von höchstens 225 g, welche physiologisch ist und weder mit der Entfernung der den kindlichen Körper deckenden Fettschicht noch mit vermehrten Wärmeabgabe zu erklären sein dürfte, die ja auf das geringste Mass beschränkt war.

Zur Kontrolle stellte Verf. noch eine zweite Versuchsreihe derart an, dass von 34 reifen Kindern abwechselnd eins nach der Geburt in der üblichen Weise abgerieben und gebadet wurde, das folgende ohne beides blieb. Von den 17 nicht abgeriebenen und nicht gebadeten Kindern werden 9 = 53 Prozent, von den anderen 11 = 64 Prozent ikterisch. Für die Neigung zur Gelbsucht schien also die Behandlung der Haut ohne Einfluss zu sein. Die maximale Gewichtsabnahme betrug bei den Gebadeten durchschnittlich 210,5 g, bei den anderen 281 g. In beiden Versuchen zeigte sich eine verspätete Abstossung des Nabel-

schnurrestes bei Ungebadeten. Ein Unterschied in der Mumifizierung des Nabelstrangrestes lies sich nicht feststellen, nur bei 2 der Ungebadeten fand sich schmierig-gelblicher Belag des Nabelgrundes mit Temperatursteigerungen über 39° (in recto), bei 7 über 38,5°, bei den Gebadeten letztere nur in 2 Fällen. Von den 7 ungebadeten, fiebernden Kindern lagen 5 zu gleicher Zeit in derselben Baracke, in der 3 gebadete Kinder fieberlos waren. — Verf. spricht sich demgemäss gleich den Beobachtern aus der Hallenser Frauenklinik gegen die Anschauung aus, das Bad als Infectionsquelle auszuschalten. Er legt ferner der verspäteten Abstossung des Nabelschnurrestes bei Ungebadeten grössere Bedeutung bei und empfiehlt das tägliche Bad, welches die Wasserverarmung, der Gewebe mildert, Schlaf und Nahrungsaufnahme günstig beeinflusst und bei Benutzung sterilisierter Nabelbinden und Bettwäsche nicht schadet. Den Icterus neonatorum und die übrigen Symptome eines darniederliegenden Stoffwechsels fasst Verf. als physiologischen Ausdruck der eingreifenden Veränderungen auf, die die Funktion sämtlicher Organe in den ersten Lebenstagen erleidet. Willy Levy-Berlin.

Myositis ossificans progressiva. Von Gemmel. (Wiener klinische Rundschau, No. 35, 1899.)

Von dieser Krankheit hat G. bisher 35 Fälle beobachtet; das männliche Geschlecht wird von ihr häufiger ergriffen, als das weibliche ($2^1/_2$: 1). Die Affection gehört dem jugendlichen Alter an, sie wurde sogar bei einem $2^1/_2$jährigen Kinde beobachtet. Als Ursachen wurden das Trauma, ungünstige Lebensverhältnisse und Lues angenommen. Die auf angeborener Anlage beruhende Myositis zeichnet sich durch die meist vorkommende Mikrodactylie an beiden grossen Zehen, Caput obstipum, Kieferklemme, durch die schubweise unter Schmerzen und zeitweilig unter Fieber auftretende Bildung von Tumoren und Neuerkrankungen der Muskeln und durch deren Ossification aus, welche zwar vom Bindegewebe ausgeht, aber unabhängig vom Skelett sich ausbreitet und zur Verkrümmung der Wirbelsäule, Ankylose der Gelenke und dauernden Contracturen führt und selbst Ossficationen im Unterhautzellgewebe hervorruft. Die Ossifikationen treten meist bilateral symmetrisch auf. Die in späterem Alter auftretenden Fälle rechnet G. nicht zur typischen Myositis ossificans progressiva.

Dr. Goldbaum-Wien.

Zur Pathologie der Thymusdrüse. Fall von Exstirpation des Thymus. Von Purrucker. (Münch. med. Wochenschrift, No. 28, 1899.)

P. stellte in der medizinischen Gesellschaft zu Magdeburg einen 2jährigen Knaben vor, bei dem ein Krankheitsbild vorgelegen hatte, das als typischer inspiratorischer Stridor der Säuglinge bezeichnet wird; in der Ruhe atmete das Kind langsam, laut hörbar, war nicht cyanotisch, doch waren immer deutliche Einziehungen zu bemerken; das Geräusch war im Liegen stärker als im Sitzen; bei psychischer Erregung trat sofort unter erheblicher Verstärkung des Atemgeräusches starke Luftnot und Cyanose ein. Pharynx war frei. Stimme war völlig tonlos. — Dieses Krankheitsbild muss bestimmt auseinandergehalten werden mit dem im Gefolge der Rachitis auftretenden Laryngospasmus, mit dem es aber

wohl häufig fälschlich zusammengeworfen wird. Abweichend und auffallend war nur die von Geburt an bestehende totale Heiserkeit.

P. nahm eine Operation vor, bei der er die vergrösserte Thymusdrüse völlig entfernte. Irgendwelche nachteilige Folgen treten nicht auf: die Wunde heilte glatt, die Atemnot und das Atemgeräusch verschwanden, das Kind entwickelte sich vortrefflich. Die Heiserkeit blieb völlig unbeeinflusst.

Es ist dies der 3. in der Literatur beschriebene Fall von operativem Vorgehen bei einer Thymusdrüsenerkrankung.

Schnell, Egeln.

Ueber Oxyuris vermicularis bei Kindern. Von G. F. Still. (Brit. med. Journal. Wiener medicinische Wochenschrift, Nr. 35, 1899.)

Das Vorkommen von Oxyuris vermicularis im kindlichen Darme ist ein sehr häufiges; unter 200 Sektionen von Kindern bis zum Alter von 12 Jahren hat St. denselben in 38 Eällen gefunden. Ferner hat er beobachtet, dass der Lieblingsaufenthalt der Fadenwürmer nicht wie allgemein angenommen wird, das Rectum ist, sondern der Wurmfortsatz; in nicht weniger als 25 Fällen unter 38, also in 2 Drittel aller Fälle, waren sie im processus vermiformis zu finden; ja in 6 Fällen waren sie überhaupt nur im Appendix, manchmal sogar an dessen äusserster Spitze zugegen. St. glaubt auf Grund seiner Untersuchungen auch zu der Behauptung berechtigt zu sein, dass die Eier der Oxyuren nicht unbedingt verschluckt werden, also nicht in den Magen gelangen müssen, um ausgebrütet zu werden, sondern dass der Appendix vermiformis in manchen Fällen als Brutplatz für die Fadenwürmer dient; dadurch wird auch die grosse Hartnäckigkeit mancher Fälle begreiflich, wo es durch kein Mittel gelingen will, die Kinder von den Würmern zu befreien. Die Anwesenheit der Oxyuren im Appendix kann eine katarrhalische Affection desselben verursachen, wie dies Sektionen ergeben haben, bei welchen eine Verdickung der Wandungen gefunden wurde. Dieser Katarrh mit consecutiver Schwellung ist in manchen Fällen mit Schmerzen in der rechten Fossa iliaca verbunden, welche eine gewöhnliche Appendicitis vortäuschen können. Da die Annahme, dass die Fadenwürmer hauptsächlich das Rectum bewohnen, eine irrige ist, sondern dieselben, wie erwähnt, in zwei Drittel der Fälle im Appendix vermiformis, in einigen Fällen auch im Dünndarm gefunden wurden, ergiebt sich daraus für die Therapie die Weisung, dass erstens die Irrigationen (mit Salzwasser oder einem Quassia-Infus) sehr ausgiebig sein müssen, z. B. für Kinder von 6 bis 12 Jahren 16—20 Unzen, dass ferner auch eine interne Therapie (am besten Santonin!) damit zu verbinden ist. Behufs Prophylaxe sind die mit Oxyuren behafteten Kindern zu verhindern, am Anus zu kratzen und die Finger in den Mund zu stecken; auch sind die Nägel möglichst kurz zu schneiden.

Dr. Goldbaum (Wien).

Ueber das Vorkommen der Lactase im Dünndarm und in den Säuglingsfaeces. Von Orbán. (Prager medizinische Wochenschrift, No. 36).

Jedes als Nahrungsbestandteil aufgenommene Polysaccharid muss angenommener Weise in Monosaccharide gespalten werden, bevor es dem Organismus als Kraftquelle dienen kann. Diese Spaltung bewirken

die in den Verdauungssäften enthaltenen spezifischen Enzyme; der Milchzucker zerfällt nach dieser Vorstelluug durch die Lactase in Dextrose und Galactose. Nach den Experimenten des Verf.s wird die Lactase in der schwer affizierten Dünndarmschleimhaut, von der sie sonst produziert wird, nicht gebildet. Die Fähigkeit der Säuglingsstühle, Milchzucker zu spalten, ist von der durch die Dünndarmschleimhaut abgesonderten und mit dem Darminhalte weiterbeförderten Lactase abhängig.

Dr. Goldbaum-Wien.

Behandlung des Favus. Von Petersen. (Klinisch - therapeutische Wochenschrift, Nr. 26, 1898.)

Um die Epilation entbehrlich zu machen, empfiehlt P. eine neue Behandlungsmethode des Favus. Zunächst wird die behaarte Kopfhaut mit 1% Carbolvaseline eingefettet und auf den Kopf eine Badehaube aus Wachsstoff für 24 Stunden appliciert. Nach Ablauf dieser Zeit werden die einzelnen Krusten mit Leichtigkeit entfernt, worauf man den Kopf mit Seife wäscht. Diese Procedur wird in derselben Weise so lange fortgesetzt, bis die Kopfhaut vollständig gereinigt ist, dann pinselt man die betreffende Partie mit Jodtinktur ein, die man nicht nur auf die Haut, sondern auch auf die Haare appliciert. Eine Zeit lang wird noch die Entfettung mit Carbolvaselin und nachfolgenden Waschungen 2 mal wöchentlich fortgesetzt, dann aber ganz weggelassen und nur die Jodpinselungen werden vorgenommen. Wenn unter dem Einflusse der Jodpinselung eine Reizung der Haut eintritt, so muss man die Einpinselung für 1—2 Tage aussetzen. Nach einigen Wochen genügen 2 Pinselungen von Jodtinktur wöchentlich. Diese Behandlung muss 5—7 Monate fortgesetzt werden, um eine definitive Heilung zu erzielen.

Dr. Goldbaum (Wien).

Weiteres über Heroin. Von Floret. (Therap. Monatsh., Heft 6, 1899.)

F. hat seine früheren günstigen Ansichten über den therapeutischen Wert des Heroins durch seine neuerdings gesammelten Erfahrungen nur bestätigt gefunden. Bei den verschiedenartigsten acuten Katarrhen der oberen und unteren Luftwege beseitigt es den Husten und die übrigen im Krankheitsgefolge einhergehenden Beschwerden. In mehreren Fällen von Bronchitis sicca mit stockender Expectoration machten die Kranken die Angabe, dass nach der Einnahme des Heroins die Entleerung des Auswurfs leichter von Statten gegangen sei.

Bei den mehr chronischen Formen des Bronchitis, häufig verbunden mit Emphysem, war die Wirkung des Medicaments zwar nicht ganz so zuverlässig, wie bei den acuten Formen, jedoch mindestens gleichwertig dem Morphium und Codein in entsprechender Dosis (0,005 — 0,01, 3 bis 4 mal täglich.)

Bei der Behandlung der Lungenphthisis, besonders in den beginnenden und den weniger weit fortgeschrittenen Stadien wurde vielfach eine Combination mit Duotal mit günstigem Erfolge angewandt.

Rp. Duotal 0,5
Heroin 0,005—0,01
Mf. pulv. DS. 3—4 mal täglich 1 Pulver.

Auch ein Nachlassen des Nachtschweisses wurde bei dieser Therapie beobachtet.

Bei Asthma bronchiale wurde durch Heroin eine entschiedene Abnahme der Zahl, der Dauer und Stärke der einzelnen Anfälle erzielt.

Aehnlich wirkte das Mittel bei Keuchhusten. Die Dosis war 0,0015—0,005 mehrmals täglich. Von sämtlichen Kindern wurde das Heroin gut vertragen, ohne eine Spur von ungünstiger Nebenwirkung zu erzeugen. In einigen Fällen versagte das Mittel hierbei.

Eine besonders günstige Wirkung kommt dem Heroin zu bei den so häufigen Affektionen der Atmungsorgane in Begleitung oder dem Gefolge der Influenza. In den meisten Fällen, besonders bei Beteiligung der Pleura, wurde Heroin 0,005 zusammen mit Salophen 1,0 mehrmals täglich verordnet. Die Pulver bewirkten oft eine ganz überraschend schnelle Besserung der zum Teil sehr erheblichen Beschwerden; die fieberhafte Temperatur sank schnell zur normalen, die Krankheitsdauer war meist eine sehr kurze.

Die ausserordentlich beruhigende Wirkung des Heroins auf die Atmung, welche die des Morphiums und Codeins an Intensität übertrifft, ist die wertvollste Eigenschaft desselben. Bei grösseren Dosen scheint es narkotisch zu wirken, doch steht es jedenfalls dem Morphium nach. Eine allgemein schmerzlindernde Wirkung besitzt es nicht.

Die in Anwendung gebrachten Ordinationen waren folgende:

Rp. Heroin hydrochl. 0,1
Aq. Amygd. amar. 20,0
DS. 3—4 mal täglich 15—20 Tr. in Zuckerwasser.

Rp. Heroin hydrochl. 0,1
Kal. jodat. 6,0
Aq. dest. 20,0
MDS. 3—4 mal 15—20 Tr.

Rp. Heroin 0,15
Extr. Gentian. 2,0
Pulv. et Succ. Liquir.
q. s. ut f. p. No. 30
DS. 3—4 mal tägl. 1 Pill.

Rp. Heroin 0,005
Sacchar. alb. 0,5
D. tal. dos. No. XII.
DS. 3—4 mal tägl. 1 Pulv.

Rp. Trional. 1,0
Heroin 0,005
D. tal dos. No. V.
S. abends 1 P. vor d. Schlafengehen.

Schnell, Egeln.

Die Desinfektion der Haut und Hände mittels Seifenspiritus. Von Mikulicz. (Deutsch. med. Wochenschr., No. 24, 1899.)

Um das antiseptische Verfahren zu vereinfachen, empfiehlt M. die Desinfektion mit dem offizinellen Seifenspiritus vorzunehmen und zwar auf folgende Weise:

Sind die Hände mit sichtbarem Schmutz verunreinigt, so wird zunächst ein Stückchen Mull in den Seifenspiritus getaucht und damit die Hand abgerieben, bis sie für das Auge gereinigt erscheint. Dann werden mit dem Braatz'schen Nagelreiniger die Unternagelräume gesäubert. Nun bearbeitet man fünf Minuten lang mit einer sterilen Bürste die Hände in Seifenspiritus. Auch bei der Desinfektion der Hand wird keine Wasserwaschung vorgenommen.

Die Verwendung des Seifenspiritus hat folgende Vorteile:

1. Aus der Entbehrlichkeit der ausgiebigen Wasserwaschung ergiebt sich für den zu Operierenden, namentlich für schwächliche Personen,

noch ein besonderer Nutzen. Der Kranke braucht nicht völlig entkleidet zu werden und während der Waschung entblösst dazuliegen; es genügt, wenn das Operationsfeld mit seiner nächsten Umgebung zur Desinfektion freigelegt wird. Damit ist weniger Gelegenheit zur Erkältung gegeben.

2. Die Desinfection mit Seifenspiritus bedeutet einen Zeitgewinn, da fünf Minuten zu derselben genügen.

3. Der offizinelle Seifenspiritus ist ungiftig und geruchlos, er desodoriert und reizt die Haut selbst an den empfindlichsten Stellen nicht.

4. Der Spiritus saponatus scheint eine gewisse Tiefenwirkung zu haben, indem er auch die tieferen Epidermisschichten durchsetzt und hier längere Zeit festhaftet.

5. Die Desinfection mit Seifenspiritus stellt sich erheblich billiger als die bisherigen komplizierten Verfahren. Einen Nachteil hat er bei der Händedesinfection, den er mit Lysol teilt: die Hände werden glatt und schlüpfrig. Diese Unannehmlichkeit wird zum Teil beseitigt, wenn man nach vollendeter Desinfection die Hände mit sterilem Mull abtrocknet. In der geburtshilflichen Praxis dürfte die Schlüpfrigkeit der Hände vielleicht ein Vorteil sein.

M. behauptet, dass wir im Seifenspiritus ein Mittel besitzen, das sich, ohne Mitverwendung von Wasser, zur Desinfektion der Haut und unserer Hände vorzüglich eignet und den bisher bekannten besten Desinfektionsmethoden als ebenbürtig an die Seite stellen lässt.

Schnell-Egeln.

Ist Chloroform ein Bandwurmmittel? Zugleich ein Beitrag zur Wirkung grosser, innerlich dargereichter Chloroformgaben. Von O. Leichtenstern. (Therapie d. Gegenwart 1899, 9 Heft.)

In 30jähriger Hospitalpraxis hat L. als das wirksamste der üblichen Bandwurmmittel das Extr. fil. mar. aether. befunden. Nun sind aber in der Literatur des letzten Decenniums eine Reihe schwerer Vergiftungen mit Farnkraut-Extrakt bekannt gegeben worden, und zwar zum Teil schon innerhalb der üblichen Dosierung. In einigen dieser Fälle trat der Tod ein, in anderen eine vorübergehende oder auch bleibende Erblindung. Wenn auch diese Vergiftungsfälle verhältnismässig enorm selten sind, so legen sie es doch dem Praktiker nahe, nach anderen, möglicherweise gleich wirksamen und weniger schädlichen Mitteln Umschau zu halten.

L. versuchte in den letzten Jahren das Thymol und das Chloroform Das Erstere, gegen Anchylostomum von guter Wirkung, versagte in 14 Fällen von Taenia saginata vollständig, ist demnach aus der Reihe der Bandwurmmittel auszuscheiden.

Das Chloroform wendete Graeser in Bonn in 37 Fällen, meist T. solium, mit vollkommenem Erfolge an; nur in einem Falle von T. saginata misslang die Kur. G. betont, dass das Mittel gut genommen und vertragen wurde. Er gab es in der Formel:

Chlorof. 4,0
Ol. croton. gtt. I.
Glycerin 30,0

Auf einmal zu nehmen.

Durchaus gegenteilig sind L.'s Erfahrungen. Vorauszuschicken ist, dass in einer von Hirsch gegebenen Casuistik der Chloroformvergiftungen

bei interner Anwendung eine Reihe von Fällen angeführt sind, bei denen schon in Gaben von 4 g und weniger tiefes Coma und schwerer Collaps eintraten. Ein 4jähriges Kind starb nach 3 g.

L. behandelte 13 Fälle, alle T. saginata. Nur ein Mal war das Mittel erfolgreich, in allen anderen Fällen war nicht einmal ein beträchtlicher Gliederabgang zu verzeichnen. Sehr bemerkenswert aber waren die Nebenerscheinungen. Mehrmals stellte sich Schläfrigkeit, Kopfschmerzen, Erbrechen ein, in einigen Fällen sogar schwerer Collaps mit Coma. Bei einem 14jährigen Knaben betrug die Temperatur im Coma 38,5°. Nur 6 Patienten waren frei von Nebenerscheinungen. Nachforschungen in der Apotheke ergaben, dass durchaus einwandfreies Chloroform geliefert worden war. — Das Chloroform ist also in der mindest notwendigen Dosis von 4 g keineswegs ungefährlich, mithin als Bandwurmmittel zu verwerfen.

Dr. Friedmann-Beuthen O.-S.

Gesundheitspflege.

Die Luftverschlechterung in Schulzimmern und ihre Messung Von Hans Suck. (Pädagogische Abhandlungen. Bd. III. Heft 1). Bielefeld 1899, A. Helmuth's Buchhandlung. Preis 40 Pfg.

Es ist bekannt, dass die Zusammenhäufung vieler Personen in einem Raume eine Quelle der Luftverschlechterung ist und dass die verdorbene Luft als Gift wirkt. Diese Personenanhäufung tritt in Schulzimmern ständig ein; der Schule liegt daher die Pflicht ob, über die Reinheit der Schulluft zu wachen. Die Quellen der Luftverschlechterung sind die ausgeatmete Kohlensäure, die riechenden organischen Beimischungen, welche infolge der Respiration und Perspiration in die Luft gelangt sind, organischer und unorganischer Staub, die Verbrennungsprodukte, die bei der Beleuchtung und Heizung entstehen. Verf. erörtert auch die verschiedenen Methoden zur Messung der genannten Luftverunreinigungen. Die Arbeit bezweckt nur, dazu Anregung zu geben, dass durch ausgedehnte Untersuchungen immer wieder auf die gleiche Beschaffenheit der Luft in unsern Schulzimmern hingewiesen wird. damit im weiteren Verfolge der so gewonnenen Erkenntnis die Verbesserung der Schulluft angestrebt wird.

Dr. F. Schmey, Beuthen O.-S.

Rezensionen.

Lehrbuch der Kinderkrankheiten für Aerzte und Studierende von Prof. Dr. Adolf Baginsky. VI. vielfach vermehrte und verbesserte Auflage. I. Abteilung. Braunschweig, Fr. Wreden, 1899. Preis 8 Mk. 60 Pf.

Diese erste Abteilung des bekannten Lehrbuches, dessen vollständiges Erscheinen für die nächsten Wochen in Aussicht gestellt wird, behandelt im allgemeinen Teil die spezifischen physiologischen Eigenschaften des kindlichen Alters, das kindliche Wachstum, Pflege und Ernährung, die Untersuchung des Kindes, Aetiologie und Therapie. Die genannten Punkte sind kurz, aber erschöpfend behandelt, auch dürfte

niemand hier etwas vermissen. Bezeichnend für den Standpunkt des Verf. sind diese Sätze: Das Eine ist festzuhalten, dass, je jünger das Kind ist, desto mehr das Einfachste, Mildeste und Reizloseste stets das Beste bleibt, und dies wird als Ersatz der Muttermilch immer die Kuhmilch sein. Das Fieber ist für das Kind nicht im Entferntesten so gefährlich, wie der durch unzweckmässige Anwendung der Antipyretica erzeugte Collaps. Man wird dem Verf. hierin völlig Recht geben und man möchte wünschen, dass jedem Arzte diese Sätze jederzeit gegenwärtig seien.

Im speziellen Teil folgen die Krankheiten der Neugeborenen, ferner allgemeine Krankheiten und zwar akute Infektionskrankheiten (akute Exantheme, typhöse Krankheiten, andere akute infektiöse Allgemeinkrankheiten), weiter chronische infektiöse Allgemeinkrankheiten. Den Schluss dieser Abteilung bilden die Krankheiten des Nervensystems und zwar die Krankheiten der Hirnhäute und die Krankheiten des Gehirns. Rheumatismus, ebenso Peliosis rheumatica u. a. stehen noch unter den Allgemeinkrankheiten schlechtweg, nicht unter den infektiösen Allgemeinkrankheiten. Selbstverständlich muss es dem Verf. überlassen bleiben, hier die Grenze zu ziehen, solange die Krankheitserreger nicht mit unzweifelhafter Sicherheit bekannt sind.

Bei Scharlach und Masern finden wir normale und anormale Sch. und M. beschrieben. Ref. hält diese Einteilung für schematisch, wenngleich sie dem Studierenden das Lernen erleichtern mag; man darf m. E. nur von leichtem und schwerem Scharlach etc. sprechen event. mit Komplikationen; jede Epidemie zeigt eine unendliche Fülle von Verschiedenheiten. Dass man nun aber die leichten Fälle als normale bezeichnet, ist gewissermassen willkürlich, da auch die schweren einen oder mehrere Typen aufweisen. Bei den Masern vermisse ich das von Koplik beschriebene Frühsymptom, welches nach in der Charité angestellten Nachprüfungen als gesichert gelten kann. Das Kapitel „Diphtherie“ ist, wie nicht anders zu erwarten, besonders liebevoll behandelt und dementsprechend vom Standpunkt des Verf. aus vorzüglich dargestellt.

Beim Wechselfieber habe ich bei kleinen Kindern fast stets initiale Krämpfe beobachtet. Eine entsprechende Angabe fehlt; wahrscheinlich beruht dies auf örtlichen Verschiedenheiten. Möller-Barlow'sche Krankheit ist einfach als Skorbut der Kinder bezeichnet, auf neuere Anschauungen darüber ist nicht eingegangen.

Bei den Krankheiten des Gehirns sagt Verf.: Die Therapie ist den Hirnbrüchen gegenüber zumeist machtlos. Ref. hätte gewünscht, dass kurz auf die verschiedenen Arten der Cephalocelen und ihren Sitz an dieser Stelle eingegangen wäre, da diese Punkte für den Erfolg einer Operation ausschlaggebend sind.

Im Uebrigen findet der Leser, dass die Literatur der letzten Zeit allerorts berücksichtigt ist; hierdurch leistet das Buch neben seinen übrigen, altbekannten Vorzügen, allen Anforderungen Genüge.

Köppen-Norden.

Sechs Jahre Casuistik. 1250 Fälle aus der Literatur (1891—1896) für den prakt. Arzt bearbeitet von Dr. E. Graetzer. Basel und Leipzig, Carl Sallmann, 1898. Preis 10 Mk.

Verf. ist Redakteur der „Excerpta medica“ und des „Centralblattes

für Kinderheilkunde". Seine in diesen Blättern in den letzten 6 Jahren publizierten Referate hat er in diesem Werk, alphabetisch nach Krankheiten geordnet, zusammengestellt. Aus der reichen Fülle der in der Literatur niedergelegten Kasuistik ist nur das praktisch brauchbare und wertvolle ausgewählt, und in eine knappe nur das wesentliche heraushebende, Form gebracht. So kann der Mangel ausreichender persönlicher Erfahrung, der einen oftmals vor einem Krankheitsbilde, welches von der Norm abweicht, ratlos dastehen lässt, ausgeglichen werden durch diese so leicht und übersichtlich gemachte Kenntnisnahme der Erfahrung der anderen Kollegen. Auch eine alphabetisch geordnete Quellenangabe der Zeitschriften und Vereinspublikationen ist vorausgeschickt und dadurch dem literarisch arbeitenden Arzte ein grosser Dienst geleistet. Dem hervorragend fleissigen und tüchtigen Verf. gebührt für dieses Werk der Dank und die Anerkennung der gesamten Aerztewelt.

Romeick-Lyck.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Ein Fall von Vulvitis gangränosa (Noma genitalium) mit Diphtheriebazillenbefund. Behandlung mit Heilserum-Heilung. Von Freymuth und Petruschky. Das Auftreten von Noma im Anschluss an Masern ist keine allzu seltene Erscheinung. In dem vorliegenden Falle liess sich bei einer scheinbar primär aufgetretenen Noma der Genitalien als der Krankheitserreger neben zahlreichen Fäulnisbakterien aller Art der Löffler'sche Diphtherie-Bazillus einwandsfrei nachweisen. Diesen Nachweis lieferte nicht nur die bakteriologische und experimentelle Untersuchung, sondern auch der Heilerfolg der kausalen Therapie sowie der sekundäre Eintritt einer diphtheritischen Halsaffektion. Verf. glaubt daher, dass Noma, wenn auch nicht immer, unter Umständen auch durch den Diphtheriebazillus hervorgerufen werden könne. Schon die Lokalisation der Krankheit als orificielle Gangrän erinnere sehr an die Lokalisation der echten Diphtherie, ferner stütze die Vorliebe, welche Noma für maserkranke Individuen hat, die Vermutung des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Diphtherie und Noma. Er empfiehlt daher, wegen der gegen den Diphtheriebazillus erfolgreichen spezifischen Serum-Behandlungsmethode, speziell auf dessen Anwesenheit zu fahnden. (Deutsch med. Wochenschrift 1898, No. 15).

Klautsch-Halle a. S.

— Scarlatina in an infant. Von A. Cordes. Bei einer 39-jährigen Frau nahte das Ende der fünften Schwangerschaft heran, als die übrigen Kinder an Scharlach erkrankten. Um der Infektion des Kindes vorzubeugen, verliess die Mutter ihre Umgebung und begab sich an einen entfernten, völlig scharlachfreien Ort. Zwei Tage nach der dort erfolgten Entbindung erkrankte das Neugeborene und starb am 3. Tage am Scharlachfieber, ohne dass die Mutter irgend welche Erscheinungen geboten hätte. Eine Infektionskrankheit kann also durch den mütterlichen Organismus, welcher in keiner Weise afficiert ist, auf den foetalen Organismus übergehen. (Brit. med. Journ. 98).

v. Boltenstern-Bremen.

— Echinococcus der Niere. Von Lewkowicz.

In der Sitzung vom 30. März 1898 demonstrierte L. einen Fall von Echinococcus der Niere bei einem 9jährigen Knaben. Derselbe war vor einem Jahre erkrankt und zwar wurde Vergrösserung des Bauchumfanges, Blut im Urin und Abmagerung konstatiert. Bei der Aufnahme fiel besonders folgendes auf: blasser Knabe mit vergrösserten Lymphdrüsen am Nacken, in den Achselhöhlen und Inguinalfalten; abendliche Temperatursteigerung bis 38°. In der Bauchhöhle links wurde ein Tumor von Mannskopfgrösse konstatirt, welcher perkutorisch von der 6. Rippe bis zum Poupartischen Bande reicht, die Mittellinie um 2 Finger überragt, eine glatte Oberfläche hat und unbedeutend fluktuiert. Vor dem Tumor liegt das verschiebbare Colon descendens. Urin normal. Bei der Punktion des Tumors wurde 1 cm^3 Flüssigkeit herausbefördert und in derselben wurden Echinococcushacken gefunden. Die Diagnose hatte Einfluss auf Prognose und Behandlung, da Hoffnung vorhanden ist, dass der Pat. durch einen operativen Eingriff wird beim Leben erhalten werden können. Der Fall verdient Beachtung:

1. weil der Echinococcus hier zu Lande selten ist,
2. wegen des Sitzes der Krankheit und
3. wegen des Auftretens im Kindesalter.

(Klin.-therap. Wochenschrift, 98.)
Dr. Goldbaum-Wien.

— Zur Pathologie der Pilzvergiftungen. Von M. Thiemich.

Eine Familie, welche ausser den Eltern aus 2 Kindern im Alter von $2^1/_2$ und 5 Jahren bestand, ass ein Gericht Pilze, welche der Vater im Walde gesammelt hatte. Diese Pilze bestanden, wie sich nachher herausstellte, zur Hälfte aus Amanita bulbosa var. viridis und Bussula emetica, beides sehr giftigen Arten. Am nächsten Morgen erkrankten alle vier Personen an Durchfall und Erbrechen. Während die Eltern am Leben blieben, starben die beiden Kinder und zwar das $2^1/_2$jährige etwa 24 Stunden nach dem Genuss der Pilze, das 5jährige etwa 7 Stunden später. Die Sektion ergab in beiden Fällen hochgradige Verfettung der Leber und mässig hochgradige akute parenchymatöse Nephritis. Auffällig war auch, dass in dem Urin beider Kinder Zucker nachgewiesen wurde. An dem Zustandekommen der Vergiftung waren offenbar beide Pilzsorten beteiligt. (Deutsch. med. Wochenschr., 1898.)

Dr. Feodor Schmey-Beuthen O.-S.

— Hamm empfiehlt gegen Ozaena die Citronensäure. Die Pat. müssen sich jeden Morgen die Nase ausspülen und nötigenfalls durch Ausschnauben Eiter und Krusten zu entfernen suchen. Dann wird mit einem Pulverbläser 3 mal täglich Acid. citric. mit Saccharum lactis aa in die Nase eingeblasen. Die Geruchlosigkeit tritt sofort ein und hält, wenn man keine Citronensäure mehr einblässt, manchmal noch mehrere Tage an. Mit dem dauernden Gebrauch tritt allmählich eine Sekretionsverminderung ein. (Münch. med. Wochenschr., No. 15, 1899.)

Schnell-Egeln.

Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.
Tct, Nuc. vomic. 5,0
Tct. ferr. pomat.
Tct. Chin compos. aa 10,0
MDS. 3mal stdl. 12 Tropfen.

Rp.
Strychnin. sulfur. 0,001—0,002
DS. zu subcutanen Injectionen (in die Nackengegend, einen um den anderen Tag, die niedere Dosis zuerst, später die höhere Dosis).
Diphtherit. Lähmung des Gaumensegels.
(Aerztl. Ctrlanz.)

Rp.
Kal. sozojodolic. 5,0
Talc. Venetian. 20,0
DS. Streupulver.

Rp.
Natr. sozojodolic. 2,0
Lanolin. 20,0
Mf. ungt DS. Brandsalbe.
Verbrennungen.
(Ztschr. f. Ther.)

Rp.
Decoct. rad. Apocyn. (5,0):200,0
DS. 3mal tgl. 1 Kinderl.

Rp.
Tct. Apocyn. 20,0
DS. 2—4mal tgl. 5 Tropfen.
Hydrops.
(Liebreich.)

Kleine Mittheilungen.

— Der Tuberkulosekongress, welcher vor einiger Zeit in Berlin tagte, hat folgende Preisschrift ausgeschrieben: „Die Tuberkulose als Volkskrankheit und deren Bekämpfung". Sie soll volkstümlich gehalten sein und 5 Druckbogen nicht überschreiten. Die preisgekrönte Arbeit geht in den Besitz des Centralausschusses zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke über. Der Preis beträgt 4000 Mark, event. 2000 Mark, wenn zwei Arbeiten gewürdigt werden. Die Arbeiten sind bis 4. Dezember d. J. an Herrn Prof. Dr. B. Fränkel in Berlin, Bellevuestr. 4, einzusenden.

— Das College of Physicians of Philadelphia hat für die beste Arbeit über das Thema: „The various manifestations of lithaemia in infancy and childhood, with the etiology and treatment" einen Preis von 500 Dollars ausgesetzt. Die Arbeit muss englisch geschrieben oder von einer englischen Uebersetzung begleitet sein und unter dem üblichen Formen bis zum 1. Januar 1900 an das College of Physicians in Philadelphia mit der Adresse des Herrn Richard C. Norris, 16. D. eingesendet werden.

Druck von Herm. Schmidt, Schönefeld-Leipzig.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 3836) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen

X. Jahrg. November 1899. Heft 11.

Der Wert des Naftalan in der Therapie.

Von Dr. A. Klug in Freiheit-Johannisbad.

(Schluss).

Viertens verlieren infolge der Wasserabgabe die Leukocyten dadurch zum Teil oder vollständig ihre amöboide Bewegungsfähigkeit. Diesen Effekt der Wasserentziehung auf die farblosen Blutkörperchen kennen wir ja schon aus den Versuchen Thomas'. Nach Verlust ihrer amöboiden Bewegungsfähigkeit vermögen dieselben aber weder aktiv aus den Blutgefässen zu emigrieren, noch können sie die Zerfallsprodukte des Entzündungsbezirkes in sich aufnehmen und sie in die Blut- oder Lymphbahn schaffen. Dadurch wird also einerseits eine weitere Ueberschwemmung des Entzündungsgebietes mit Leukocyten respektive Eiterkörperchen verhindert, anderseits eine Aufnahme von toxischen Zersetzungsprodukten in die Blut oder Lymphbahn erschwert.

Ja nicht bloss eine Erschwerung, sondern eine vollständige

Verhinderung dieser Vorgänge wird ausserdem dadurch hervorgerufen, dass das Naftalan noch die Eigenschaft besitzt, die Gefässwand so zu verändern, dass sie sogar dem Durchtritt von Flüssigkeiten energischen Widerstand entgegenzusetzen vermag. Hiervon giebt ein weiter unten angeführter Fall von chronischem Ekzem einen sprechenden Beweis. Grade das Vermögen, die Resorption toxischer Substanzen zu verhindern, ja sogar dann noch zu verhüten, wenn dieselben in gelöstem Zustande sich befinden — statt dieselbe zu befördern, wie einige Autoren bei den hier einschlägigen Krankheitsformen angegeben haben —, ermöglicht die vollständige Eliminierung schädlicher Stoffe nach aussen und räumt hiermit dem Naftalan in der Reihe der lokalen Heilmittel eine ganz exceptionelle Stellung ein. Dadurch ist es ja nur möglich zu erklären, wieso z. B. eine septische Handentzündung, die infolge der Intoxikation des gesamten Körpers ein Fieber von 40,6° erzeugte, wenige Stunden nach der Inzision und dem Naftalanverbande eine normale Temperatur und ausgezeichnetes subjektives Wohlbefinden ergeben konnte.

Dass auch keine Resorption des Naftalan selbst von der Wund- oder Entzündungsfläche erfolgte, lehrte mich einesteils der Umstand, dass selbst bei ausgedehnter Verwendung desselben nie irgendwelche Intoxikationserscheinung auftrat, anderseits aber auch die Thatsache, dass ich in keinem Falle eine Veränderung des Harnes konstatieren konnte.

Auch die Auflösung abgestorbener oder stark lädierter Zellen, besonders der Eiterkörperchen, nach Naftalan lässt sich mikroskopisch verfolgen und ist wohl nur auf Rechnung des Alkali zu setzen; denn von diesem ist es bekannt, dass es den Hauptbestandteil der letzteren, die hyaline Substanz Rovida's, aufzulösen vermag.

Was nun meine Beobachtungen zunächst bei den verschiedenen Formen des akuten und chronischen Ekzems anbelangt, so habe ich bisher nur befriedigende Erfahrungen gemacht. Reizerscheinungen habe ich nie gesehen, und dürften die von einigen Autoren berichteten Fälle wohl auf die von Dr. Rosenbaum gegebene Weisung zurückzuführen sein, „das Naftalan messerrückendick auf Leinwand zu streichen und damit den kranken Teil zu bedecken oder die Salbe direkt mit Spatel oder Messer auf die erkrankten Stellen zu streichen und mit Leinwand oder Baumwolle zu bedecken". Da aber Naftalan auch reizende Eigenschaften besitzt, die mitunter vielleicht noch in ihrer Intensität schwanken, so sind bei so mächtiger Applikation des Mittels bei empfindlichen Individuen und starken entzündlichen Erscheinungen Schmerzempfindungen möglich. Wenn man aber dasselbe nie direkt auf die erkrankte Stelle, sondern stets nur auf hydrophile Gaze gestrichen und ausserdem bei starker Entzündung und reichlichem Nässen zunächst nur in schwacher Schicht aufgetragen anwendet, ferner besonders in den letzteren Fällen stets noch einige Lagen hydrophiler Gaze darüber schichtet — was ja schon wegen der Wasserentziehung des Naftalan angezeigt sein muss —, so werden in Zukunft gewiss auch solche unangenehme Erscheinungen ausbleiben. Hat man sich davon überzeugt, dass das Naftalan gut vertragen wird, dann kann und soll man allerdings rasch wieder zu reichlicherer

Applikation schreiten. Am Gesichte lege ich also eine Gazemaske an und an den übrigen Körperstellen regelrechte Gazeverbände, und erst dann, wenn die Heilung schon vorgeschritten ist, lasse ich bloss die Salbe direkt aufstreichen. Uebrigens verzögert sich mitunter grade der Schluss der Heilung, und ist es dann gut — wie auch Dr. Rosenbaum angiebt —, eine andere milde Ekzemsalbe anzuwenden, unter der dann rasch vollständige Heilung eintritt. Selbstverständlich sind die erkrankten Teile während der ganzen Heilungsdauer nicht zu befeuchten, sondern im Bedarfsfalle nur mit reinem Oel zu reinigen. (Folgt die ausführliche Schilderung eines mit Naftalan behandelten Falles von chronischem Ekzem bei einem zehnjährigen Kinde.)

Dieser Fall zeigt einerseits, dass die Behandlung eines Ekzems und besonders des chronischen stets eine streng individualisierende, mit genauester Berücksichtigung des Zustandes der übrigen Organe, sein muss, anderseits aber wird dadurch die Richtigkeit der oben angegebenen Anschauung dokumentiert, dass nämlich das Naftalan auch die Gefässwand so zu verändern vermag, dass nicht bloss die Emigration der Leukocyten verhindert, sondern sogar die Durchlässigkeit für Flüssigkeiten aufgehoben oder zum mindesten stark eingeschränkt erscheint; denn die infolge der Niereninsuffizienz eingetretene Flüssigkeitsvermehrung im Gefässsystem hatte zwar überall eine reichliche Transsudation aus den Gefässen zur Folge, nur diejenigen des Entzündungsbezirkes, die nämlich unter der direkten Einwirkung des Naftalan standen, machten davon eine Ausnahme. Hier trat keine Transsudation ein, während doch grade die Gefässe des Entzündungsgebietes hierzu von vornherein disponiert erschienen. Wenn nun nach Naftalaneinwirkung die Gefässwand sogar die Durchlässigkeit für die eiweissarmen ödematösen Flüssigkeiten verliert, so muss dies umsomehr für ein eiweissreiches Exudat gelten, also jede Resorption von Entzündungsprodukten im direkten Einwirkungsfelde des Naftalan ausgeschlossen sein.

Was die eitrigen, phlegmonösen und gangränösen Entzündungen betrifft, so möchte ich behaupten, dass hier das Naftalan von keinem der bisherigen Heilmittel erreicht wird. Ich habe dasselbe in einer grösseren Anzahl von Fällen verwendet und immer denselben frappanten, raschen Erfolg gesehen.

Sehr gute Erfolge habe ich ferner speziell bei Verbrennungen und Impetigo contagiosa gesehen, wobei ich aber, wie schon erwähnt, stets die Blasendecken vor der Naftalanbehandlung entfernte.

Da das Naftalan sogar bei phlegmonösen und gangränösen Prozessen so Ausgezeichnetes leistete, fühlte ich mich bald veranlasst, dasselbe auch bei frischen, aseptischen Wunden in Anwendung zu ziehen. Das Ausbleiben von Eiterung und der Eintritt raschester Heilung ohne schädliche Folgen in allen Fällen bewog mich, dasselbe vollständig an die Stelle des früher hier dominierenden Jodoforms zu setzen. Der Heilungsvorgang ist nach den obigen Auseinandersetzungen leicht erklärlich. Derselbe beruht darnach hauptsächlich in einer regenerativen Wucherung der Gewebszellen, denn eine Unterstützung desselben durch die Emigration von Blutzellen ist ja durch die Naftalanwirkung ausgeschlossen, oder wenigstens stark eingeschränkt.

II.

Während in den bisher angeführten Fällen das Naftalan als verlässliches Heilmittel gelten kann, ist dies bei einer Reihe von Hauterkrankungen nicht mehr der Fall, wo nämlich die mehr oder weniger intakte Hornschicht der Haut die direkte Einwirkung auf den Enkrankungsbezirk vermindert. Daraus erklärt sich, warum die Naftalanwirkung z. B. bei Erysipel und Prurigo so unsicher ist, da hier jene Verhältnisse vorliegen, noch mehr aber bei Psoriasis, da es sich hier nach der Ansicht der meisten Autoren um eine Störung des Verhornungsprozesses in den höheren Lagen der Epidermis handelt und die Entzündung nur sekundärer Natur ist. Bezüglich des letzteren Leidens äusserte sich auch Dr. Pezzoli bereits dahin, dass das Naftalan hier deshalb weniger wirke, „weil ihm eine grössere Tiefenwirkung abzugehen scheine". Dieselbe steht eben mit dem Verhornungsprozesse in Zusammenhang und muss bei einer Zu- oder Abnahme desselben ebenfalls wachsen oder fallen.

Bei dieser Gruppe von Hauterkrankungen äussert sich die Naftalanwirkung hauptsächlich mehr oder weniger in einer Verminderung des Schmerzes oder Juckreizes und der Entzündung und kann selbstverständlich mitunter auch zur vollständigen Heilung führen. Zur Erklärung dieser Erscheinungen gelten dieselben Grundsätze wie bei der ersten Gruppe.

III.

Das Naftalan besitzt endlich noch die Fähigkeit, auch auf Entzündungen von in der Tiefe gelegenen Geweben und Organen günstig einzuwirken. In dieser Hinsicht liegen mehrere günstige Berichte bei Entzündungen von Lymphdrüsen, besonders am Halse, dann bei rheumatischen Erkrankungen der Gelenke, Muskeln und Nerven vor. Was die Wirkungsweise in diesen Fällen betrifft, so kann sie den obigen Ausführungen zufolge nicht als direkte Naftalanäusserung angesehen werden, da ja dem Naftalan eine besondere Tiefenwirkung fehlt und dasselbe auch von den Hautgefässen nicht resorbiert wird. Hier ist sie meines Erachtens nur eine indirekte Folge dieses Mittels und besteht — entgegen der Wirkungsweise bei den unter I. und II. angeführten Krankheitsgruppen — hauptsächlich in einer Erhöhung der Resorption innerhalb der entzündeten Gewebe. Wenn man nämlich über einem solchen tiefen Entzündungsherde Naftalan in reichlicher Menge und möglichst grosser Flächenausbreitung auf die Körperoberfläche einwirken lässt, so werden in diesem Hautbezirke nach dem obigen die Blutgefässe verengt; infolgedessen muss in der Nachbarschaft der Blutdruck steigen — im gegebenen Falle also in den erweiterten Gefässen des entzündeten Gewebes —, was nun den Resorptions- und Heilungsvorgängen daselbst sicher förderlich ist. Zur Erklärung der mehr oder weniger ausgiebigen Verringerung des Schmerzes, die hier ebenfalls auffällig zu Tage tritt, genügen jedoch allein die genannten Veränderungen in den Zirkulationsverhältnissen nicht. Hier wirkt zwar das Naftalan, wie in den beiden

ersten Krankheitsgruppen, auch nur auf die Endausbreitung der Nerven in der Haut und erzeugt hier — also fern von dem eigentlichen Entzündungsherde — eine mehr oder weniger starke Anästhesie; diese Anästhesie vermag sich aber zentripetalwärts dem Entzündungsbezirke selbst mitzuteilen, wovon ja die diesbezüglichen therapeutischen Erfolge Zeugnis geben. Diese Erscheinung lässt nun eine handläufige Erklärung nicht zu, doch vermute ich, dass dieselbe mit dem Gesetze der gemeinschaftlichen Wachstums- und Lebensbedingungen der Hüllen und der Eingeweide in Beziehung steht. Diesbezüglich hat ja bereits Prof. Dr. Benedikt, der dieses Gesetz für das Gehirn und seine Hüllen für normale und krankhafte Verhältnisse bewiesen, betont, dass „dasselbe gewiss auch für die Körpereingeweide und die Haut gilt“.

In zahlreichen Krankheitsfällen, welche in diese dritte Gruppe einzureihen sind, habe auch ich unzweifelhafte Erfolge gesehen, welche zunächst immer in einer Verminderung oder Aufhebung des Schmerzes und häufig auch der Entzündung selbst bestanden. Besonders aber will ich hervorheben, dass ich mit Naftalan unleugbar günstige Resultate bei katarrhalischen und croupösen Pneumonien, sowie bei serösen und serös-fibrinösen Pleuritiden gesehen habe. Die Patienten lobten ausserordentlich die in diesen Fällen sich stets prompt einstellende schmerzstillende Eigenschaft des Naftalan und gaben auch öfter an, dass die Expektoration sich leichter, „milder“ vollziehe. Seröse und serös-fibrinöse Exsudate der Pleura wurden in einem unbedingt rascheren Tempo resorbirt, als ich es sonst ohne gleichzeitige Naftalan-Umschläge sah. Auch bei akutem Gelenkrheumatismus war der anäthesirende Effekt in die Augen springend, und kann hier deshalb das Naftalan als kräftiges Unterstützungsmittel der Behandlung mit salicylsaurem Natron gelten.

Vorliegende Ausführungen, in denen ich die Wirkungsweise des Naftalan in ein System zu bringen bestrebt war, werden hoffentlich eine gewisse Sicherheit für die Indikationsstellung der Naftalanbehandlung bieten, und ich bin überzeugt, dass dasselbe besonders bei den unter I. angeführten Krankheitsformen sich in Kürze die allgemeine Anerkennung als Heilmittel ersten Ranges erwerben wird.

Grosse Gefahren durch kleine Fehler in der Pflege der Kinder.

Von Dr. Kühner (Coburg).

Unsere Zeit ist raschlebig. Auf allen Gebieten des zur weiten Domäne der medizinisch-naturwissenschaftlichen Forschungen und Berufsaufgaben gehörigen Wissens und Könnens haben sich innerhalb der letztvergangenen Jahrzehnte des scheidenden Jahrhunderts bedeutende Veränderungen vollzogen; neue Entdeckungen, Fortschritte ungeahnter Natur sind zu verzeichnen. Eine gänzliche Umgestaltung in unserem Wissen und Können hat die Hygiene erfahren und nicht zum wenigsten auf diesem grossen Felde die Hygiene des Kindes.

Unser verschärfter Blick ins Kleine hat manche grosse Fragen geklärt und mehr als je gezeigt, dass bei der Pflege der Kinder Grosses im Kleinen verborgen und geborgen liegt. Von diesen grossen Gefahren, bedingt durch kleine Fehler in der Pflege der Kinder soll im Nachfolgenden die Rede sein.

Betrachten wir zunächst die Ernährung. Um diesen wichtigen Vorgang einzuleiten und vorzubereiten, sind die Zähne die nächsten und unentbehrlichsten Werkzeuge. Eine normale Beschaffenheit und kräftige Entwickelung des Gebisses ist, wie allgemein bekannt, für Mann und Weib, Jung und Alt, Hoch und Niedrig von der grössten Bedeutung; nicht nur, dass die Zähne eine der schönsten natürlichen Zierden des Menschen darstellen, die schlechte Beschaffenheit derselben wirkt insofern, als durch dieselbe das Kauen erschwert und durch letzteren Umstand weiterhin die normale Speichelabsonderung beeinträchtigt wird, in ungünstiger Weise auf die Verdauung zurück. Eine grosse Reihe von Magen- und Darmkrankheiten gehören weniger zur Domäne des Internen, als des Zahnarztes und die immer mehr zunehmende, in dieser Zunahme durch sorgfältige Untersuchungen in Schulen festgestellte Zahnverderbnis der Kinder, gehört in ihrer Einschränkung, wie wir sogleich des Näheren sehen werden, dem Kinderarzt an.

Als Ursachen der erschreckend zunehmenden Zahnverderbnis sind seither Fehler in der Ernährung, Zucker, Süssigkeiten, mangelhafte Pflege der Zähne angeschuldigt worden. Andere haben behauptet, dass unsere gegenwärtige Erziehung mit ihren vorzeitigen gesteigerten geistigen Anstrengungen und Anforderungen an das Gehirn in diesem eine Blutüberfüllung, sowie auch in den Kiefern bedinge, eine Anschoppung, welche dem Entwicklungsgang in den Alveolen schädlich werde. Noch Andere und unter ihnen Warnekros*) legen bei der Verderbnis der Zähne insbesondere auf ihre anomale Stellung Gewicht. Bekannt ist die Thatsache, dass Zähne, die sich nicht in ihrer richtigen Stellung befinden, sehr leicht schadhaft werden und erkranken. Für die normale Entwickelung und richtige Stellung der Zähne bilden aber die normalen Bewegungen des Kiefers beim Kauen eine Grundbedingung. Es unterliegt nach Warnekros keinem Zweifel, dass ebensowohl durch eine ungeeignete, die Kaubewegungen nicht in genügender Weise in Anspruch nehmende Ernährung wie durch gewisse im kindlichen Alter ausserordentlich häufig vorkommende mechanische Einwirkungen die normale Entwickelung ebensowohl des Ober- wie des Unterkiefers beeinträchtigt und die auf den zu wenig umfangreichen Alveolarrändern beider Kiefer zum Durchbruch kommenden Zähne in eine abnorme Stellung gedrängt werden. Unter den soeben erwähnten mechanischen Einwirkungen, welche die Zahnbildung in ungünstiger Weise beeinflussen, stehen in erster Reihe gewisse üble Angewohnheiten der Kinder, nämlich das Daumen- und Lippensaugen, das sog. Lutschen, meist veranlasst durch jenes ekelhafte

*) Oesterreichisch-Ungarische Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde X, Heft 2 (April 1894).

Beruhigungsmittel, welches in Form des sog. Lutschbeutels, Zuller dem Kinde gereicht wird. Die Vielnamigkeit dieses Werkzeuges, das trotz langatmiger wissenschaftlicher Deduktionen und häufiger Auslassungen des Spottes, in der Kinderstube, gleichwie das Korsett in der Frauenkleidung wie eine ewige Krankheit forterbt, spricht zugleich für seine grosse Verbreitung. Hier haben wir also den Beweis, dass grosse Gefahren durch kleine Fehler bei der Pflege der Kinder bedingt werden. Wir kommen sogleich auf diese verderbliche Gewohnheit zurück. Als eine weitere schädliche Gewohnheit bezeichnet Warnekros das „Pressen der Zunge", sowie auch jene hier und da vorkommende Unart, welche darin besteht, dass das Kind ein Taschentuch oder einen ähnlichen Gegenstand oft stundenlang zwischen die Zähne presst und dann wieder herauszieht. In jener angezogenen Abhandlung bildet Warnekros den Ober- und Unterkiefer eines zwölfjährigen Kindes ab, welche in Folge der letzterwähnten Angewohnheit eine von der normalen Form durchaus abweichende Gestalt mit völlig abnormer Zahnstellung angenommen haben.

Da wir für unsere Abhandlung über grosse Gefahren, bedingt durch kleine Fehler bei der Pflege der Kinder zunächst von der Ernährung ausgegangen, so entsteht die Frage: Hat in Bezug auf dieses Gebiet eine wesentliche Veränderung innerhalb etwa eines Menschenalters stattgefunden? Die Antwort lautet: Künstliche Ernährung noch mehr eine erkünstelte Art der Auffütterung ist eine allgemeine Gewohnheit innerhalb dieses Zeitraumes geworden. Gesellschaftliche, geschäftliche Rücksichten, nicht zum mindesten die Lebensführung der Frauen beherrschende Mode haben dem Kinde die natürliche Nahrung mehr entfremdet. Dass diese Entfremdung, abgesehen von den Nachteilen, welche in Folge der Evolutionstheorie, sowie durch die Unterdrückung einer wesentlichen Lebensverrichtung die Mutter selbst treffen, allenthalben in einer grösseren, mitunter erschreckenden Kindersterblichkeit ihren Ausdruck findet, diese bekannte Thatsache soll hier weitere Ausführung nicht erfahren. Nichts ist unnatürlicher, als dass dem Kinde eine Mutter das Leben giebt und eine andere mit ganz anderen vitalen Eigenschaften es ernährt oder dass eine Flasche, gefüllt mit andersartiger, der jeweiligen Altersstufe des Kindes gar nicht entsprechender Zusammensetzung demselben gereicht werde. Man übersieht auch bei der Ernährung der Kinder und unserer neueren Richtung der Medicin, welche sich mehr der Lehre vom Sichtbaren zuwendet, neben den chemischen und physkalischen Eigenschaften des Nahrungsmateriales die ungemein bedeutungsvollen unsichtbaren vitalen Beziehungen. Die wunderbaren geheimnisvollen Beziehungen, das zarte und doch so starke Band, welches Mutter und Kind auch in Bezug auf die Ernährung vereint, lässt sich durch keine andere Art der Fürsorge ersetzen. Nur die Muttermilch hat neben der passenden Zusammensetzung auch die dem Kinde angemessene, gleichmässige Wärme, die oft nur mühsam, umständlich geregeltermassen hergestellt und beibehalten werden kann. Es ist ein grosses Verdienst von James Cantle in einem soeben im British Medic. Journ. vom 2. September gegebenen Beitrag,*) die grosse Be-

*) On the causes of the decay of the teeth.

deutung einer richtigen Temperatur der dem Kinde zu reichenden Milch hervorgehoben zu haben. Von dieser gleichmässigen Temperatur bei der Kinderernährung soll im Nachfolgenden die Rede sein.

Ein Säugling braucht, um sich satt zu trinken, etwa eine halbe Stunde Zeit, die Schlückchen, die er bekommt, sind nicht gross, sie enthalten etwa fünf bis sechs Tropfen Milch. Auch später erfordert eine gewöhnliche Flasche Milch wenigstens zehn bis fünf Minuten zum Genuss. Nun ist klar, dass Anfang und Ende einer solchen Speisung erheblich differieren in Bezug auf die Wärme der Milch. Was geschieht? Die Zuträglichkeit dieser Temperatur ermisst die Mutter oder Pflegerin durch Vorkosten. Das ist ein kleiner, aber bei unserer gegenwärtiger Anschauung von der keimfreien Kindernahrung gewiss oft folgenschwerer Fehler bei der Kinderernährung. Betrachten wir zunächst das Vorkosten und dessen Tragweite in Bezug auf die Temperatur. Während die Wärme der Muttermilch innerhalb des ganzen Vorganges des Saugens nur etwa 30° R. beträgt, schätzt die Mutter oder Pflegerin die Temperatur der Milch nach dem Ermessen ihrer eigenen Gewohnheit, die Kaffee von etwa 50° R. (!) als geeignet findet und solche Getränke als kühl (!) betrachtet bei einer Temperatur von 35 Grad. Der Kinderarzt kann die Schätzung der Milch an der Hand des Thermometers als zu umständlich nicht verlangen. Die Mutter kann diesen Wärmegrad auch ohne Zuhilfenahme eines Thermometers ganz leicht nach Hochsinger*) dadurch bestimmen, dass sie das Fläschchen nach approximativer Schätzung der Erwärmung an ihr Auge anlegt. Wenn sie sodann kein unangenehmes Brennen am Augendeckel empfindet, so ist dies ein Beweis, dass die Milch entsprechend warm ist. Beim Erwachsenen hat die Gewohnheit, welche nur zu oft der Natur entgegenarbeitet, die Schleimhaut des Mundes vermocht, Temperaturen zu ertragen, welche beim Baden die Haut als unerträglich abweist. Man kann hiernach den ungemein schädlichen Einfluss solcher Wärmegrade für das Kind ermessen. Die zarte Auskleidung des Mundes muss nahezu verbrüht werden und mancher Aufschrei des Kindes, der als Eigensinn, Hunger und dergl. gedeutet wird, ist uns nun in anderer Weise erklärlich. Die Schleimhaut des Mundes wird zum mindestens aufgelockert und anhaltend gereizt. Wir wissen aber aus dem Vorgang der Zahnung, wie oft und mit welchen verderblichen Folgen sich eine solche Reizung vom Zahnfleisch aus auf den ganzen Verdauungskanal fortsetzt. Sehr folgeschwer äussert sich aber diese andauernde Reizung, Kongestion in der im Zahnfleisch eingebetteten Zahnsäckchen verkümmern, schwinden. Die Zukunft der Zähne hängt also wesentlich ab von der Pflege des Kindes in den ersten beiden Lebensjahren; der Verfall der Zähne ist schon ausersehen, bevor deren Grundlage aufgebaut ist.

(Schluss folgt).

---

*) Gesundheitspflege des Kindes im Elternhaus. Von Dr. Carl Hochsinger, Abteilungs-Vorstand am I. öffentlichen Kinder-Krankeninstitute in Wien. Wien. Franz Deuticke. Preis Mk. 3.60.

Originalbericht über die Verhandlungen der Abteilung für Kinderheilkunde der 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu München vom 17.—23. September 1899.

Von Dr. Sonnenberger, Worms.

Prof. Dr. v. Ranke (München) eröffnete die Verhandlungen der Sektion für Kinderheilkunde am 18. September mit einem herzlichen Willkommengruss, indem er seiner Freude über den zahlreichen Besuch der Versammlung Ausdruck verlieh. Die Fülle des zu verhandelnden Materials sei sehr gross, indem 3 Referate und 36 Einzelvorträge auf dem Programm ständen.

Die Verhandlungen wurden sofort begonnen. Wir bringen zunächst die 3 Hauptreferate, wollen aber kurz bemerken, dass wir nur — insbesondere bei den Einzelvorträgen — das ausführlicher bringen, was für die Praxis von Wert und Interesse ist, während wir uns bei den mehr theoretisch-wissenschaftlichen Vorträgen auf eine kurze Inhaltsangabe beschränken mussten. Wir denken, auf diese Weise bei der Fülle des Stoffes die Uebersicht über denselben unseren Lesern wesentlich zu erleichtern. Das erste Hauptreferat bezog sich auf das Thema: Ueber Krämpfe im Kindesalter. Referent Dr. Lange (Leipzig) führte folgendes aus:

Die unter dem Namen „Eklampsie" zusammengefassten Krankheitssymptome des 1. und 2. Lebensjahres bieten kein ganz klares Bild. Es sind immer die gleichen bekannten Erscheinungen (Tetanie und Laryngospasmus schliesst L. von seiner Besprechung aus), die anfallsweise auftreten, rasch zum Tode führen oder aber in Genesung ausgehen können. E. ist nur als ein Symptom und nicht als eine Erkrankung sui generis des Centralnervensystems zu betrachten. Für eine Anzahl von Fällen wird der pathologisch-anatomische Nachweis später zu führen sein, während für eine Reihe von Fällen, in denen chemische Agentien ätiologisch wirksam sind, keine anatomische Veränderung nachweisbar ist. Von den idiopathischen Krämpfen interessieren vor Allem die Reflexkrämpfe, die durch irgend welchen mechanischen Reiz, der die sensiblen Nerven trifft, ausgelöst werden, so durch Eiterung, Nadelstiche, Reize, welche die Schleimhaut des Verdauungskanales vom Mund bis zum After oder die Trachea, die Haut etc. treffen. Häufige Veranlassungen zu Krämpfen sind: Ueberladung des Magens mit unverdaulichen Speisen, akute Gastritis, Fissura ani, Würmer; von Seiten der Urogenitalorgane Phimose, Steine; dann die initialen Krämpfe im Beginn der Infektionskrankheiten, die als bakterielle Giftwirkung aufzufassen sind, auch mancherlei chronische Krankheiten schaffen die Disposition zu E., so vor allem Rhachitis, vielleicht auch Skrophulose; bei Lues ist das Verhältnis ein anderes, hier finden sich anatomische Läsionen; dann sind häufig die durch CO_2 Intoxikation veranlassten Konvulsionen. — Aetiologisch ist es immer die Hauptsache, festzustellen, ob die Krämpfe symptomatische oder functionelle sind. — Prophylaktisch ist es wichtig, die Säuglinge durch rationelle Ernährungsweise vor Rhachitis zu bewahren, Störungen von Seiten der Verdauungsorgane zu beseitigen und zu verhüten, lokale Prozesse zu beachten (Phimose, Rachenmandel etc.), bei sehr erregbaren

Kindern Angstzustände, Schrecken etc. zu vermeiden. — Für den Anfall: lauwarme Bäder, in schweren Fällen Narkose durch Chloroform oder Aether; Bromsalze in 5 proz. Lösung 2-stdl. 1 Kaffeel., bis deutliches Nachlassen der Anfälle erfolgt; bei idiopathischen Krämpfen aller Art, nicht blos bei Rhachitis, Phosphor, das, wenn die Krämpfe aufhören, noch einige Wochen weiter gegeben werden soll. Es wirkt oft ausgezeichnet.

Der Correferent Dr. Thiemich (Breslau): Er will ausschliesslich die funktionellen Krämpfe des 1. Kindesalters bis zum Ende des 2. Lebensjahres behandeln, welche nicht auf einer makroskopisch nachweisbaren Erkrankung des Nervensystems beruhen. Die Differentialdiagnose zwischen funktionellen und symptomatischen Krämpfen ist oft leicht, oft aber sehr schwierig. Für die funktionellen Krämpfe ist eine ätiologische Einheit sehr unwahrscheinlich. Man kann aber folgende Typen aufstellen: Kinder mit Magendarmkrankheiten im 1. Kindesalter, dann gut genährte Kinder, die aber meist doch nicht als ganz gesund zu betrachten sind. Das Lebensalter der floriden Rhachitis ist am meisten durch Krämpfe bedroht, und die meisten Kinder dieser Kategorie haben Zeichen von Rhachitis namentlich des Schädels. Sie leiden öfters an Obstipation, werden gut gefüttert. — Sodann die Konvulsionen bei Tetanie. — Es ist nicht wahrscheinlich, dass sich aus Eklampsie eine Epilepsie des späteren Lebensalters entwickeln kann. Anatomische Veränderungen des Gehirns und Rückenmarks sind meist zufällige Erscheinungen und haben keine spezifische Bedeutung. — Wir wissen auch nicht, von welchen Stellen des Gehirns oder verlängerten Marks die Krämpfe ausgelöst wurden. Die mannigfachen Theorien über das Zustandekommen der Krämpfe gehen immer von den Reflexen aus. Soltmann's bekannte Versuche an neugeborenen Hunden sind nicht beweisend. Die von ihm gefundene erhöhte Reflexdisposition besteht nicht für das Säuglingsalter, ist sie vorhanden, so muss sie als pathologisch angesehen werden. — Bei Magendarmerkrankungen sollen es bakterielle Gifte sein, welche die Krämpfe erzeugen, bakterielle Zersetzungen des Inhalts des Darmkanales. Jaksch beschuldigte das Aceton, Baginsky das NH_3. Das hat sich aber als falsch erwiesen. Ob bei Affektionen der Leber Autoinfektionen vorkommen, ist fraglich. Es ist sicher, dass bei schwerkranken Säuglingen oft Degenerationen der Leber, ebenso auch der Nieren vorkommen, näheres darüber ist noch nicht bekannt. Dann hat man angenommen, dass die Krämpfe im Beginne der akuten Infektionskrankheiten als Analoga für den initialen Frost im späteren Lebensalter einsetzten, eine Annahme, deren Richtigkeit zweifelhaft ist. Pneumonie und Bronchitis capill. neigen besonders zu initialen Krämpfen. Ebenso treten bei Keuchhusten und nach laryngospastischen Anfällen leicht Krämpfe auf. — Für manche Fälle von Krämpfen ist die Wasserverarmung der Gewebe verantwortlich zu machen, wie dies Versuche bewiesen haben. — Ein Zusammenhang zwischen florider Rhachitis und Eklampsie besteht wahrscheinlich nicht.

An diese beiden Referate schliessen sich 2 Vorträge eng an, nämlich Prof. Ganghofner (Prag): Ueber Laryngospasmus und

Tetanie der Kinder. Nach G.'s Beobachtungen wird bei Laryngospasmus selten die Tetanie vermisst, während dies andere Autoren nicht fanden, was wohl daher rühren mag, dass die Symptome der obligaten Latenz — wozu er das Facialisphänomen und die Steigerung der mechanischen Erregbarkeit der Nerven rechnet — verschiedenartig gedeutet worden. Diese obligaten Latenzsymptome sind oft nur sehr kurze Zeit nachweisbar oder äussere Umstände veranlassen einem, auf Konstatierung der Phänomene zu verzichten. In 58 % seiner Fälle (105) von Laryngospasmus waren Symptome der Tetanie vorhanden, bei Loos in 54 %. Umgekehrt war in 76 % seiner Fälle von Tetanie Laryngospasmus vorhanden. Die Coincidenz beider Affektionen, die einen bestimmten Krankheitszustand ausmachen, ist also nachgewiesen. Dazu gehört wohl auch die Eklampsie, denn in seinen Fällen von L. war 39 mal die E. vorhanden. Fast alle seine Fälle von L. hatten Rhachitis, aber viele davon waren leichteren und mittleren Grades, so dass G. sagt: Beziehungen zwischen R. und L. existieren sicher, aber sie sind so aufzufassen, dass beide aus gemeinsamen Schädlichkeiten resultieren. Digestionsstörungen hat G. öfters bei seinen Fällen gesehen, in ca. 60—70 %, allerdings nicht immer hochgradiger Natur. Sie sind aber nicht die eigentliche Ursache der Erkrankungen, wirken aber oft als auslösendes Moment. Obgleich G. mit Phosphor in seinen Fällen oft ganz günstige Erfolge erzielt hat, glaubt er doch nicht wie Kassowitz, hieraus auf einen Zusammenhang von L. mit Rhachitis schliessen zu dürfen.

Dr. Hochsinger (Wien): Ueber Tetanie der ersten Lebenswochen und Monate. Ausser der intermittierenden Tetanie mit den bekannten Erscheinungen der tonischen und klonischen Muskelzuckungen, dem Trousseau'schen Phänomen etc. giebt es bei jungen Kindern auch eine permanente Tetanie, die von Strümpell als nicht zur eigentlichen T. gehörig betrachtet und Myotonie der Neugeborenen und Säuglinge genannt wird. Die Neugeborenen haben eine physiologische Hypertonie ihrer Muskulatur, insbesondere der Flexoren. Zwischen physiologischer und pathologischer Hypertonie gibt es zahlreiche Uebergänge. Bei schwer Darmkranken, bei Dermatosen, bei Kompression des nerv. superfic. intern. gibt es oft Dauerspasmen, Faustkontraktur und Krämpfe. Dieselben bestehen Tag und Nacht fort und haben nie Symptome der eigentlichen Tetanie. Besonders kommt diese Pseudotetanie bei darmkranken Säuglingen der ersten Lebenswochen vor. Es sind nie primär auftretende Krämpfe, sondern sie sind nur der Ausdruck einer Ernährungsstörung des Rückenmarks, die durch die angeborene Muskelhypertonie begünstigt wird. H. hat die Pseudotetanie in ca. der Hälfte seiner Fälle von darmkranken Säuglingen im verflossenen Sommer beobachtet. Bei Kalomelbehandlung liess der Dauerspasmus oft nach. Die Myotonie kommt bei jungen Säuglingen auch im Anschluss an schwere Verbrennungen vor. Die M. tritt fast ausschliesslich in den ersten Lebenswochen auf, hie und da auch später. Sie hängt nicht direkt mit der Jahreszeit und nicht mit Rhachitis zusammen. — In der Diskussion über die vorstehenden Vorträge bemerkt Escherich (Prag); Es kommen sicher Krämpfe auf tetanischer Grund-

lage vor, besonders bei pastösen d. i. blassen, anämischen Kindern mit hochgradig entwickeltem Fettpolster. Eine ganze Reihe von Fällen von Eklampsie ist als Tetanie aufzufassen, welche Formen eine günstige Prognose abgeben. Diese Fälle sind oft als Stoffwechselanomalien aufzufassen. Die Myotonie Hochsinger's lässt sich nach seiner Ansicht nicht als eine Krankheit sui generis auffassen. — Soltmann (Leipzig): Seine Hypothese von der erhöhten Reflexthätigkeit im Säuglingsalter hält er aufrecht und wird dieselbe durch das klinische Verhalten des Neugeborenen und Säuglings bestätigt. Er hält diese erhöhte Reflexthätigkeit für die causa physiol. interna, zum Ausbruch der Krämpfe gehört dann noch eine causa externa. Sicher spielen hier Stoffwechselprodukte eine hervorragende Rolle. Die Myotonie als eigene Krankheit aufzustellen, hält auch S. nicht für opportun. Wenn das Gehirn durch Blut überladen wird, so entstehen Krämpfe. — Pott (Halle): Bei Kindern mit Eklampsie muss man den Familien, aus denen sie stammen, nachforschen, und man findet dann häufig, dass sie psychisch belastet sind oder der Alkoholismus eine grosse Rolle spielt. — Baginsky (Berlin): Tetanie und Eklampsie hängen sicher zusammen, aber nicht jeder Laryngospasmus hängt mit Tet. zusammen. Phosphor ist zwar kein souveränes Mittel, er wirkt aber gegen die tetanischen und spasmodischen Erscheinungen fast momentan. — Fischl (Prag): Laryngospasmus, Tetanie und Convulsionen sind Positiv, Komparativ und Superlativ. Rascher Fieberabfall ist imstande, Krämpfe zu erregen. Phosphor, speziell der Phosphorleberthran, wirkt oft wunderbar bei Tet. Das Faustphänomen Hochsinger's hat F. nie gesehen. — Ganghofner: Die Arthrogryposis Hochsinger's ist keine eigentliche Tetanie. Dass Glottiskrampf bei Tetanie nicht jedesmal eine Rolle spielt, ist sicher. Eine Theorie der Phosphorwirkung kann man auf Grund der praktischen Erfahrungen bis jetzt noch nicht aufstellen. — Hochsinger: Es giebt eine echte intermittierende und eine persistierende Tetanie, das ist sicher; ferner giebt es sicher Fälle von Laryngospasmus, bei denen nie ein Tetaniesymptom nachweisbar ist. Der P. wirkt bei L. sehr gut, weniger ausgesprochen bei Tet., gar nicht bei permanenten Dauerkontrakturen. — Sonnenberger (Worms): Magendarmkrankheiten spielen bei der Aetiologie der Krämpfe eine grosse Rolle, wie schon verschiedentlich hervorgehoben worden ist, und da liegt es doch sehr nahe, auf die Nahrung der Säuglinge, insbesondere die Kuhmilch, als causa zurückzugreifen. Chemische Noxen, die z. B. durch die Fütterung in die Milch gelangt sein können — wie sich dies ziemlich häufig ereignet —, lösen dann öfters die Krämpfe aus und diese sind in derartigen Fällen als echte chemische Intoxikationen aufzufassen. Viele Fälle von angeblichen Autointoxikationen erklären sich derart. Der P. wirkt als Nervinum, wie dies schon vor langer Zeit von den Franzosen behauptet worden ist und wird derselbe in einer Arbeit von Hartcop z. B. auch als vorzügliches Mittel gegen Hysterie empfohlen. Wir sind erst auf dem Umwege der Rhachitis zur Anwendung des P. gelangt. — Heubner (Berlin): Eklampsie und Laryngospasmus können sicher in Epilepsie übergehen, wie er beobachtet hat. CO_2-Intoxikationen kommen bei kapillärer Bronchit. öfters vor. — Lange: Bei der Aetiologie der Eklampsie

tritt die Reflextheorie Soltmann's gegen die Intoxikationstheorie neuerdings sehr zurück. Der Phosphor wirkt als intensives Nervinum nach Annahme der Neurologen, und vollständig unabhängig von Rhachitis. — Thiemich: Stoffwechselanomalien spielen sicher bei Eklampsie eine bedentende ätiologische Rolle. Eine physiologische Reflexdisposition der Säuglinge gibt es nicht, will man eine solche Disposition annehmen, so ist sie eine pathologische.

Die Referate über Sepsis im frühen Kindesalter von Dr. Finkelstein (Berlin) und Dr. Seiffert (Leipzig) boten eine Fülle von wissenschaftlichem Material von rein theoretischem Interesse, aber nur wenig, was für die Praxis von erheblichem Werte wäre. Finkelstein berichtet über eigene Erfahrungen betreffs der Sepsis, die er auf der Heubner'schen Klinik gemacht hat. Wir unterscheiden bakteriämische und toxikologische Sepsis. Für die Diagnose „Sepsis“ ist ein tiefer in die Gewebe eingreifender Entzündungsvorgang Vorbedingung. 2 Gruppen von S. im Säuglingsalter: 1) Wundinfektionen; 2) von den Schleimhäuten ausgehende Infektionen. Die ersteren sind die überwiegend häufigeren und gehen meist von der Haut aus (Nabelwunden, Rhagaden, Dekubitalstellen etc.) Ziemlich dunkel liegen noch die Verhältnisse bei der 2. Gruppe. Die von der Nase, Mundschleimhaut und den Tonsillen ausgehenden septischen Prozesse sind selten. Im 2. Halbjahr kommt aber schon manchmal eine vom Pharynx ausgehende Toxämie vor, die meist sehr schwer ist und in vielen Fällen auch zum Tode führt. Vom Ohr gehen häufig lokale Entzündungen in diesem Alter aus, hingegen hat F. nie eigentliche septische Prozesse während derselben gesehen. In den tiefer gelegenen Respirationswegen sind es besonders ausgedehnte pneumonische Infiltrate, die die Tendenz haben, im Säuglingsalter auf benachbarte seröse Häute überzugreifen und Allgemeininfektion zu veranlassen. Mischinfektionen, die sich an Influenza, Bronchitis, Pneumonie anschliessen. Höhere Wichtigkeit hat die Gefahr der Sepsis vom Harnapparat aus. Colicystitis ist besonders häufig bei weiblichen Individuen, daran knüpfen sich oft ascendierende Pyelitis, Nierenabscesse und Bacteriämie. Das Hauptinteresse besteht bezüglich der Darmaffektionen in ihrem Verhältnis zur Sepsis. Es herrschen über diese Verhältnisse noch sehr verschiedenartige Anschauungen. Seine eigenen Versuche und Beobachtungen haben Folgendes ergeben: Leichte dyspeptische Veränderungen der Stühle können schon als Folge mässiger fieberhafter Alterationen auftreten. Andrerseits kann selbst hohes Fieber tagelang mit normalen Stühlen verlaufen. Kinder im 1. Vierteljahr haben bei Fieber häufigere Stuhlentleerungen. Das sind aber nicht immer Toxinstörungen. Das Fieber kann an und für sich derartig veränderte Bedingungen schaffen, dass es zu Zersetzungen innerhalb des Darms kommt. Wenn sich aber die septische Toxinresorption zu einer Allgemeinvergiftung steigert, so bleiben die Darmstörungen nie aus, sei es aus toxämischen oder aus bakteriämischen Ursachen; dabei Somnolenz, choleraähnliche Anfälle. Solche Fälle sind akute primär septische Prozesse, beruhen öfters auf Metastasenbildung und bieten dann namentlich ein schweres Bild reiner Intoxikation, wobei die gastroenteritischen, choleraähnlichen Erscheinungen

in den Vordergrund treten — Anorexie, Erbrechen, Diarrhöen, Simgultus, Somnolenz, schweres septisches Fieber. —

Die Blutuntersuchungen solcher meist im 1. Vierteljahr stehender Kinder haben ergeben, dass in ca. 50 % im Leben und nach dem Tode das Blut steril war; in den übrigen Fällen wurden Staphylococc. aur. und alb., pyocyan., Bact. col. gefunden. Diese Untersuchungen beweisen, dass die Gastroenter. bei derartigen Kindern als Allgemeinintoxikation, nicht als Allgemeininfektion aufzufassen ist. Daneben hergehende Pneumonien, Furunkulose etc. sind sekundären Ursprungs. Unter solchen Umständen können sonst harmlose Bakterien schädlich werden. Das umgekehrte Verhältnis, dass Darmerkrankungen im Säuglingsalter Sepsis hervorrufen, ist selten. Nur bei schwerer membranöser Enterit. und bei Streptococcen-Enterit. können schwere septische Allgemeinerscheinungen auftreten. Das Bact. col. geht vom Darm aus selten in das Blut über. — Corref. Dr. Seiffert (Leipzig) schildert eingehend die bei Sepsis von ihm aufgenommenen pathologisch-anatomischen makro- und mikroskopischen, sowie die Blutbefunde in vivo, auf die ich hier nicht näher eingehen will. S. theilt die Sepsis in 3 Gruppen: 1) die chemischen Vergiftungen durch eigentliche Sepsis, Bakterientoxämie bei nekrotischen Prozessen, schlecht behandelten Nabelwunden, bei Decubitus, Furunkulose, Ekzem. 2) Eigentliche Septikämie, Blutvergiftungen, Allgemeininfektionen durch das Wachstum und die Lebensäusserungen von pathogenen Keimen — meist Streptococcen — im circulierenden Blut, ohne dass es zu organischen Veränderungen kommt; nicht seltene Veranlassungen dieser 2. Gruppe geben die Nabelwunden ab, sodann von Schleimhäuten ausgehende Phlegmonen, Erysipele. 3) Pyämie, Infektionen, bei welchen von der veränderten Infektionsquelle aus eindringende Organismen zu charakteristischen Veränderungen der Gewebe (Metastasen, Thrombosen, Embolien) Veranlassung geben; so bei den Nabelwunden, Infektions- (Scharlach, Masern etc.) — Lungen- und Darmkrankheiten,

An diese Referate schloss sich ein Vortrag von Dr. Spiegelberg (München): Zur Frage nach den Entstehungswegen der Lungenentzündungen magendarmkranker und septisch-kachektischer Säuglinge an. Sp. berichtet über die bakteriologischen Befunde bei 30 Fällen von Magendarmerkrankungen mit Pneumonien, wobei es sich nicht um sekundäre Lungenentzündungen, wie solche bei Infectionen öfter vorkommen, sondern um spezifische Bakterienbefunde, nämlich Streptococcen, handelte, welche die Pneumonien veranlassten.

Ein hervorragendes praktisches Interesse bot das Referat von Prof. Rille (Innsbruck): Ueber die Behandlung des Ekzems im Kindesalter. R. giebt in seinem Referate die Behandlungsmethoden des Ekzems an, die sich ihm am besten bewährt haben. Er bespricht zuerst die Differentialdiagnose, ferner die Aetiologie. Bezüglich der Therapie sind wir beim Ekzem ziemlich gut bestellt. Seit Hebra ist die Behandlung eine vorwiegend lokale, externe, die noch mehr an Boden gewonnen hat, seitdem die parasitäre Natur des E. durch Unna und seine Schüler in den Vordergrund gestellt wird. Immerhin soll man die interne Behandlung nicht vernachlässigen, so bei anämischen

Zuständen Chinin, Eisen etc. geben, bei Verdauungsstörungen die Nahrungsaufnahme regeln etc. Die lokale Behandlung erfordert bei Kinderekzem im allgemeinen dieselben Mittel, wie beim Ekzem der Erwachsenen, nur soll man die milderen Mittel wählen, daher möglichst vom Theer und seinen Derivaten, dem Chrysarobin, Naphtol etc. absehen, um so mehr als die Prognose bei Kindern eine absolut gute, besser als bei Erwachsenen ist. Die endgiltige Heilung kann sich dabei allerdings Wochen und Monate hinausschleppen. Ein Hauptpunkt bei der Behandlung ist der, dass die Verbände möglichst exakt angelegt werden. Die einfachste Form des E., das E. Intertrigo, behandelt man durch Bedeckung der aufeinanderliegenden Hautfalten mit Wattebäuschchen, dann Anwendung der Streupulver, wobei den mineralischen der Vorzug vor den pflanzlichen zu geben ist, also Talcum, mit Zinkoxyd, Wismuth, Dermatol etc., bei Fettleibigen, Pastösen Bleiwasserumschläge, Umschläge mit schwachen Ichthyollösungen. Bei schwer kranken Kindern kommt ein E. gangränosum auf dem Boden des E. Intertrigo vor: Reinhaltung, Beförderung der Schorfabstossung, rasche Granulation durch Salben und antiseptisches Streupulver. Vor Sublimatumschlägen (0,05 : 100,0) oder -bädern ist bei Kinderekzem, besonders des Kopfes, zu warnen wegen der Hautreizung. — Streng genommen nicht zum E. gehörend ist das durch den Bacill. pyocyan. hervorgerufene Ecthyma, Pusteln am mons veneris, der unteren Bauchhälfte. Kommt ausschliesslich bei Kindern mit herabgekommenem Ernährungszustande, so bei Keuchhusten mit lobulären Pneumonien vor. Meist erfolgt der Exitus. Behandlung wie beim E. gangraenos. — Das E. sudamin. oder miliar. wird in den einfacheren Formen so behandelt wie das E. I. In höheren Graden Salbenpasten, besonders die Lassar'sche Zink-Vaseline-Amylumpaste. — Acute arteficielle E., die bei Erwachsenen häufig vorkommen, sind bei jüngeren Kindern selten, bei älteren kommen sie schon öfter vor. Die Anwendung von Fett ist hier schädlich. Bepinselung mit spirituösen Flüssigkeiten (Spir. Vin. gallic., in dem Salicyl-, Bor-, Karbolsäure gelöst ist; darüber kann man irgend ein Streupulver schütten. Bei E. vesiculosum oder pustulosum muss man Lassar'sche Paste einpinseln, darüber eine Decke mit Amylum. Bei derartigen Ekzemen des Gesichtes und Kopfes mit Anschwellung der Augenlider wende man zuerst die Antiphlogose durch einfache Kaltwasserumschläge, besonders aber solche mit Liq. Burow. an. Das E. crustos. und impetiginos. ist das prognostisch ungünstigste, bei seiner Behandlung ist die exakte Entfernung der Borken die Hauptsache; wenn sie leicht ablösbar sind, geschieht dies am besten auf rein mechanischem Wege, mittels Oel oder Leberthran. Gazekompressen mit Borlösung oder Liq. Burow., welche mit Guttaperchapapier und Binden fixiert werden. Bei impetiginösen und nässendem E. kann man nach Ablösung der Krusten das frisch zubereitete Ungt. Diachyl. Hebr. oder Ungt. Vaselin. plumbic. oder sehr zweckmässig Ungt. Zinc. oxydat., Ungt. Diachyl. verwenden. Sehr gut ist bei dieser Form die Burghardt'sche Behandlung, die im Prinzip in Bepinselung der nässenden Stellen mit 1 bis 3 bis 10 % Lapislösung (oder Bedeckung mit 2—3 % L.-Salbe) und weiterer Behandlung mit Diachylonsalbe besteht. Bei Kopfekzemen

sind Wismuth und weisse Präcipitatsalben zu empfehlen. Bei allen Ekzemen der Kinder leistet eine 0,5—1 % Salicyl-Lanolin-Vaselinesalbe ausgezeichnete Dienste, 2 mal tgl. mittels Lint aufzulegen. Jede Salbe soll in dem Moment ausgesetzt werden, in dem die Neubildung von Krusten sistiert, sonst entstehen leicht arteficielle hartnäckige Ekzeme. Dann wären erwähnenswert die neueren Mittel Xeroform, Tannoform. Theerpinselungen sind bei Kindern nicht ratsam, höchstens kann man bei schuppigen chronischen Ekzemen das Ol. Rusc. anwenden. Ein gutes Mittel bei diesen Formen ist das Anthrarobin in 30 % Lösung, suspendiert in Tct. Benz., ebenso das Tumenol, auch Anthrarobin mit Tumenol als Einpinselung. Bei chronischem hypertrophischem E. 3—4 malige Applikation von Ungt. Wilkinson. mit indifferenter Salbe. Die Lassar'sche Zinkpaste kann bei allen Formen angewendet werden. Ferner sind zweckmässig das Zinköl, besonders bei E. des behaarten Kopfes, die Gelatinepräparate, sie stehen aber doch erst in 2. Reihe. Beiersdorf'scher Zinkleim recht empfehlenswert. Salbenleime, Collunguenta. Dann Pflaster: Salicylsäureseifenpflaster bei trockenem chronischem E., 5% Anthrarobinpflaster bei infiltrirtem trockenem E. L. macht zum Schluss noch einige Angaben für die verschiedenen lokalisierten Ekzemformen: Bei Kopfekzemen ist besonders auf Pediculi zu fahnden, welche circumscripte Pusteln verursachen. Es müssen dann zuerst die P. mittels Petroleum, Sabadilla und Luftabschliessung entfernt werden, während die Haare bleiben können. Bei anderen Kopfekzemen Haare möglichst kurz abschneiden! Bei Gesichtsekzem ist besonders die Lapissalbe empfohlen worden. Exakt angelegte Verbände! Bei Augenlidekzem muss besonders die Conjunctivitis behandelt werden. Bei Blepharospasmus 3 mal tägl. Eintauchen der Augen in kaltes Wasser. Bei E. der Nase Lapislösung, weisse Präcipitatsalbe. Bei Lippenekzem Glyzerinleim. Bei Gesichtsekzem ist die Vaccination zu unterlassen, weil es sonst zu generalisierter Vaccine kommen kann, die leicht Narben hinterlässt. Beim Auftreten von akuten fieberhaften Exanthemen sieht man oft ausgebreitete Ekzeme schwinden oder sich erheblich bessern. — In der Diskussion weist Trumpp (Dresden) darauf hin, dass bei Kindern die Ekzeme oft deshalb schwerer heilen, weil sie sehr kratzen. Er zeigt Schutzärmel vor, die das Kratzen verhindern sollen. — Hochsinger: Bei der Ekzemtherapie besteht ein wichtiger prinzipieller Unterschied hinsichtlich des Alters der Kinder. In der frühesten Säuglingsperiode soll man das E. Intertrigo nicht mit Pulvern, sondern mit Zinköl behandeln, so lange es nässt, in der späteren Periode, wenn es nicht mehr nässt, mit 5 % Ichthyolsalbe. Bei Ecthyma gangraen. Umschläge mit ¼ % Ichthyolwasser. Vor absperrenden Verbänden ist im Kindesalter bei allen Dermatosen zu warnen wegen der Intoxikationsgefahr. Jodoform und Karbol sind im Kindesalter zu verwerfen. Bei Kopfekzem ist folgendes Verfahren einfach und sicher: Der Kopf wird mit reinem warmen Oel begossen, darüber Guttaperchapapier, die Krusten lösen sich ab, der Kopf wird dann öfters eingefettet. — Neuberger (Dresden) hat 60 Fälle von Kinderekzem innerlich mit Arsen behandelt und dauernde Erfolge erzielt in vielen Fällen, die vorher vergebens mit äusserlichen Mitteln behandelt worden

waren. So günstig wie Rille die Prognose stellt, liegt dieselbe nicht bei chronischem E., es giebt sehr oft Recidive, die durch Arsen vermieden werden. — v. Ranke wendet auf seiner Klinik ein sehr einfaches, sicheres Verfahren bei E. an: Bleiwasserumschläge als Hauptsache, geht es damit nicht, dann Lassar'sche Paste. Hier und da kommt bei E. auch einmal ein Todesfall vor, so bei seinen 464 Fällen immerhin 18 Todesfälle, darunter 3 mit stat. lymphat. — Baginsky weist darauf hin, dass, je einfacher man die Behandlung des Kinderekzems gestaltet, desto besser und sicherer man zum Ziel gelangt. — Sonnenberger: Bei allen Behandlungsarten des E. ist die konsequent durchgeführte Methode die Hauptsache; deshalb gelangen auch die Kliniker viel rascher mit den verschiedensten Behandlungsweisen beim Kinderekzem zum Ziel, als die praktischen Aerzte, die vieles wie das Anlegen der Verbände etc. den Müttern überlassen müssen. — Unna (Hamburg): Bei der Behandlung des E. sind 2 Mittel ausgezeichnet: Die Zinkschwefelpaste und der Zinkichthyol-Salbenmull. Mit der Hebra'schen Salbe kommt man wohl auch zum Ziel, aber nur langsam. Gegen das Kratzen lässt U. Manschetten aus Mull umbinden. — Soltmann: Die Heilung bei E. erfolgt leicht, aber die Recidive kommen sehr häufig vor. Ein alter Grundsatz, der für den praktischen Arzt die Direktive für die Behandlung des E. abgeben soll, ist der, trockene E. feucht (Theer mit Leberthran, Fett; 3 % Salicylvaseline); bei pruriginösem E. chronic. tgl. eine subcutane Injektion von 2 % Carbollösung, wodurch der Juckreiz leicht schwindet), nässende E. trocken (Talc. und Zink zusammen, Waschungen mit Liq. Alum. acet., nie Salben) zu behandeln. Bei infiltriertem E. ist der Liq. Alum. acet. sehr gut. Bei Augenlidekzem Ungt. ophthalmic., Kopfdouche. Eine interne Behandlung ist bei dem recidivirenden E. wohl nötig; bei Rhachitis und Skrophulose mit chronischer Stuhlverstopfung Karlsbader Wasser oder Molke, ausserdem bei dem chronischen E. Levicowasser, also eine Arsenbehandlung. — Rille wollte in seinem Referat nur das bringen, worüber er eigene Erfahrung besitzt, und diese hat er über die interne Arsenbehandlung nicht, ebenso nicht über die externe Schwefelbehandlung, wobei er darauf aufmerksam machen will, dass sich Leute durch Schwefelsalbe ja oft artefícielle Ekzeme zuziehen. Sein Material war auch poliklinisches, ebenso solches aus der Privatpraxis. Hebra'sche Salbe ist sicher ein sehr gutes Mittel. Karbol möchte er nicht injicieren, wohl kann man aber älteren Kindern Karbolpillen verabreichen. (Schluss folgt.)

Referate.

Behandlung der akuten Larynxstenose bei Kindern. Von E. Comba und Simonetti. (Wiener medic. Blätter No. 38, 1899.)

C. und S. haben mehrere Hunderte von Kindern mit akuter Larynxstenose behandelt und kamen zu folgenden Schlüssen: 1) Die Behandlung mit Serum ist bei allen Lokalisationen der Diphtherie einzuleiten, vorzugsweise aber bei der Larynxstenose, bei welcher noch

Anwendung von Wasserdampf und Klysmen mit 1—3 g Bromkalium auf 50—100 g Wasser empfehlenswert ist. 2) Die Intubation ist bei akuter Larynxstenose indiciert, wenn das Leben des Kindes gefährdet ist; später kann eine Tracheotomie ausgeführt werden. 3) Bedingungen für die Zulässigkeit der Intubation sind: hinreichende Expektorationskraft, Fehlen dicker Pseudomembranen oder eines reichlichen eitrig-schleimigen Sekretes in den Respirationswegen. 4) Indikationen zur sekundären Tracheotomie sind: Anwesenheit von Pseudomembranen in den Respirationswegen, Bronchopneumonie mit reichlichen eitrig-schleimigen Sekret, häufige Autoextubation, Unmöglichkeit der Extubation nach 2—3 mal wiederholter, 24—36 Stunden dauernder Intubation. 5) Die Tracheotomie ist in schweren Fällen von Larynxstenose der Intubation vorzuziehen, wenn die Patienten sterbend dem Arzte überbracht werden, da eine Verstopfung des Tubus durch Pseudomembranen die eventuell nötige künstliche Respiration illusorisch machen würde.

Dr. Goldbaum (Wien).

Ueber den Emulsionszustand des Fettes in der Gärtnerschen Fettmilch. Von Dr. J. Brudzinsky. (Therapeutische Monatshefte, September, 1899.)

Ein vielfach der Gärtnerschen Fettmilch gemachter Vorwurf ist, dass durch die Centrifugirung der feine Emulsionszustand des Fettes aufgehoben, die Milch gleichsam ausgebuttert werde. Br. hat darauf hin an der Grazer Klinik die verschiedenen Milcharten, Vollmilch, Fettmilch, roh, gekocht, sterilisiert, frisch und nach längerer Aufbewahrung, ferner Frauenmilch und verschiedene Milchsorten nach dem Verweilen im Magen des Säuglings — untersucht, und zwar mikroskopisch auf den Zustand der Fettkügelchen. Das Ergebnis ist, dass Centrifugirung keine Veränderung schaffe, Sterilisirung bei Milch und Fettmilch ebensowenig, höchstens bei langem und wiederholtem Verfahren. Dagegen beobachtete er ein Ausbuttern beim Versandt von Milch durch mehrstündige Eisenbahnfahrt. Hier liegt die Ursache in dem schon von Biedert betonten Umstand, dass starke und lange Erschütterungen die Aufhebung der Emulsion veranlassen, die trotz des Schmelzpunktes der Milchfette von 19—24° für gewöhnlich hintangehalten wird. Gleichzeitige Ausnützungsversuche hatten ein sehr günstiges Ergebnis.

Spiegelberg (München).

Ichthalbin in der Kinderheilkunde. Von Th. Homburger. (Ther. Monatsh. 1899, 7.)

Das völlig unschädliche und in Form von Chocoladepulver und Tabletten fast geschmacklose Ichthalbin kann ohne jegliche Beschwerden verabreicht werden in Dosen von 0,05—0,3 je nach dem Alter des Kindes. In wenigen Tagen werden nässende Ekzeme in trockene verwandelt, selbst wenn äussere Mittel nicht zum Ziele führen. In Gemeinschaft mit den sonst gebräuchlichen äusseren Medicamenten beschleunigt Ichthalbin die Heilung der trockenen Ekzeme, befördert die Rückbildung der häufig im Kindesalter in Begleitung schwächender Krankheiten auftretenden multiplen Furunkulose. Bei Krankheiten,

welche den Kräftezustand besonders in Anspruch nehmen, z. B. bei chronischen Pneumonien, Skrophulose, chronischen Darmkatarrhen bewirkt das Mittel unter Hebung des Appetits eine bemerkenswerte Zunahme des Körpergewichts. Verf. empfiehlt die Anwendung auch in der durch Appetitlosigkeit und Schwächezustände erschwerten Rekonvalescenz nach fieberhaften Krankheiten. Von Darmkatarrhen werden chronische günstig beeinflusst, akute und subakute sind der Einwirkung weniger zugänglich.

v. Boltenstern (Bremen).

Gesundheitspflege.

Schulärztliches. Von Prof. Dr. v. Esmarch. (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1899, Nr. 7.)

Als im Sommer 1897 Prof. Kuhnt in Königsberg feststellte, dass in den dortigen Schulen die Granulose (Trachom) in erschreckender Weise verbreitet war, wurden seitens der Stadt eigene Trachomärzte angestellt. Bald ging man dazu über, diesen allgemein schulärztliche Befugnisse zu geben; es wurden zunächst zehn Aerzte angestellt. Ihr Regulativ schloss sich eng an das in den Wiesbadener Schulen (S. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege 1899 Nr. 4) bereits erprobte an.

§ 5 der Königsberger Dienstanweisung für die Schulärzte bezeichnet als eine ihrer Aufgaben „eine zwei mal im Jahre vorzunehmende Untersuchung der gesamten Schulräume auf ihre gesundheitliche Beschaffenheit unter Zuziehung des Schulleiters sowie des zuständigen städtischen Baubeamten.“ Die Anwesenheit des Letzteren bei den Revisionen (in Wiesbaden nicht vorgesehen) ist behufs leichterer Ausführung der nötigen schultechnischen Verbesserungen sehr erwünscht.

Gelegentlich der ersten dieser Schullokaluntersuchungen besichtigte E. 312 Volks- und Bürgerschulklassen. Das Erste, was bei dem Betreten einer besetzten Schulklasse aufzufallen pflegte, war die mehr oder weniger schlechte Luft. Nur in wenigen Klassen war die Luft nach der Schulstunde erträglich, meist schlecht, in einzelnen Räumen geradezu entsetzlich.

Eine der Hauptursachen dieser Luftverschlechterung ist die mangelnde Körperreinigung und der in den Kleidern befindliche Schmutz. Ganz besonders dunstreich sind die dicken Winterüberkleider, die fast durchweg in den Klassen aufgehängt gefunden wurden. Durch Bekleidung von Korridorwänden mit Kleiderriegeln und durch Aufstellung von beweglichen Kleiderregalen konnte alsbald dieser Mangel wenigstens teilweise beseitigt werden.

Die auch von den Unterkleidern und der Haut ausgehende Luftverschlechterung wäre wirksam durch Schulbäder zu bekämpfen. Einige Schulen in Königsberg haben solche bereits eingeführt und sie haben sich vorzüglich bewährt.

Ferner ist auf eine richtige, periodische oder permanente Ventilation hinzuarbeiten. Am einfachsten ist das Oeffnen der Fenster in den Pausen auf 3—5 Minuten. Es müssen aber sämtliche

Fenster und die Thüren offen sein. Weniger wirksam und ratsam ist die Lüftung während der Schulstunden durch Oeffnen einzelner Fensterflügel oder durch obere Klappfenster. Die vielfach übliche Ventilation durch Rohre, welche durch eine Klappe mit den Schulzimmern in Verbindung stehend bis über das Dach hinaus verlaufen, erwies sich als durchaus unzulänglich.

Die mit der Ventilation eng zusammenhängende Frage der Heizung war meist mangelhaft gelöst. Die fast ausnahmslos vorgefundenen Kachelöfen sind nicht genügend regulierbar. Denselben Fehler zeigten die eisernen Oefen. Als brauchbar erwiesen sich die Gasschulöfen. In sechs Schulen fand sich Zentralluftheizung. Da diese zugleich die Ventilation der Schulräume besorgt, ist sie jeder andern Heizung vorzuziehen, vorausgesetzt, dass sie richtig angelegt ist und gut funktioniert. Ungenügend ist sie, wenn z. B. die Heizkammern zu klein sind, die Abluftkanäle falsch münden, die Klappen fehlerhaft gestellt sind etc.

Ein ferneres, wichtiges Kapitel ist die Beleuchtung der Klassen. Diese wurde oft als ungenügend befunden. Gründe hierfür waren unzureichende Grösse der Fenster, zu grosse Dicke der Rahmen und Sprossen, Lage nach dunklen Höfen zu, vor den Fenstern stehende Bäume. Durch hellen Anstrich der Decken und Wände sowie der gegenüberliegenden Hofwände lässt sich hier mit einfachen Mitteln viel erreichen. Vielfach verdeckten nach oben zusammengezogene Vorhänge den obern Fensterabschnitt, also die beste Lichtpassage. Praktischer ist es, den Vorhang nach einer Seite zu ziehen. Wichtig ist auch die Wahl des Vorhangstoffes. Die fast durchweg üblichen gelben Leinenvorhänge nehmen wegen ihrer Dicke zu viel Licht weg. Besser ist weisser Shirting oder Köper.

Nicht selten findet man in den unteren Teilen der Fenster matte Scheiben zu dem Zwecke, den Ein- und Ausblick zu verhindern. Derselbe Zweck lässt sich mit geringerer Beeinträchtigung der Beleuchtung durch Scheiben aus Riffelglas erreichen. —

An Subsellien wurde meist die alte preussische Volksschulbank mit ihrer bedeutenden Plusdistanz, den schmalen Tischen und der meist falschen Differenz vorgefunden. Wie eine Schreibprobe lehrte, betrug der Abstand der Augen vom Tisch 5—15 cm, wobei mit schiefem Kopfe der linke Arm in der typischen Weise vorgeschoben wurde. Gesteigert wurde diese Haltung noch durch die übliche Schrägschrift bei gerader Heftlage. Die Orientierung der Lehrer in dieser Frage erwies sich als sehr lückenhaft, und es muss die dringende Forderung aufgestellt werden, dass sie auf den Seminarien in diese so überaus wichtigen Themata eingeführt werden. In einigen neueren Schulen wurde die von E. modificierte Buchner'sche und die Rettig'sche Schulbank als bestbewährt vorgefunden.

Die in grosser Zahl konstatierten Mängel bezüglich der wichtigsten hygienischen Erfordernisse beweisen, wie notwendig die Anstellung von Schulärzten ist und wie viel sie nützen können.

Dr. Friedmann-Beuthen O.-S.

Rezensionen.

Lehrbuch der Geburtshilfe. Von Prof. Dr. F. Ahlfeld. 2. Aufl. Mit 338 Abbildungen und 16 Curventafeln im Text. Leipzig, F. Wilh. Grunow, 1898.

Das Lehrbuch der Geburtshilfe des berühmten Marburger Professors ist nicht nur dazu bestimmt, Anfänger in die Geburtshilfe einzuführen, sondern es soll ebenso dem praktischen Arzt ein gewissenhafter Berater in schwierigen Geburtsfällen wie ferner dem wissenschaftlich weiter arbeitenden Spezialisten behilflich sein, wichtige Tagesfragen an der Hand des kritisch gesichteten Materials der Publikationen bis auf die neueste Zeit zu verfolgen. Diesen Zweck erreicht das Werk in vollkommenster Weise. Die ungeheure Erfahrung des Verfassers, die in dem Buche in klarer, schöner Sprache niedergelegt ist, die umfassenden Literaturangaben, die zahlreichen instruktiven Abbildungen und nicht zum Mindesten der conservative Standpunkt F.'s, den er in dem Satze, sein Streben ginge dahin, „die Kollegen der allgemeinen Praxis zu überzeugen, wie die neuerdings sich immer mehr ausbreitende Operationslust auf dem Gebiete der Geburtshilfe minder günstige Erfolge bringt, als alte bewährte Methoden, bei denen man auf die natürlichen Vorgänge und Kräfte baut“ Ausdruck verleiht — alles dies giebt dem Buche ein eigenes Gepräge und macht es zu einer der hervorragendsten Erscheinungen auf dem Spezialgebiete der Geburtshilfe. Die Ausstattung des Werkes ist eine glänzende. S.

Jahresbericht über die Fortschritte der Diagnostik im Jahre 1898. Von O.-St.-Arzt Dr. Schill. 5. Jahrgang. Leipzig, B. Konegen, 1899. Preis 4 Mark 80 Pfg.

Der vorliegende Jahresbericht verdient wie die vorausgegangenen das uneingeschränkteste Lob. Mit grosser Umsicht und Sorgfalt hat der Verf. wieder alles, was als ein Fortschritt in der Diagnostik zu bezeichnen ist, zusammengestellt und giebt so dem Praktiker und wissenschaftlich arbeitenden Arzt eine wertvolle Zusammenstellung aller auf Diagnostik bezüglichen Angaben der Litteratur des In- und Auslandes, deren Quellen sich ja oft sehr mühsam auffinden lassen. S.

Lehrbuch der Kinderheilkunde. Für Aerzte und Studierende von Dr. Bernhard Bendix, 1. Assistenten an der Universitäts-Kinderpoliklinik der Königlichen Charité zu Berlin. Berlin und Wien, Urban & Schwarzenberg, 1899. Preis 10 M., geb. 12 M.

Der gut ausgestattete Band (546 Seiten) bildet die 2. Auflage des kurzgefassten Handbuchs der Kinderheilkunde, welches 1892 von weil. Prof. Uffelmann (Rostock) veröffentlicht wurde. Wenn es schon unter gewöhnlichen Verhältnissen meistens eine schwierige Aufgabe ist, die litterarische Hinterlassenschaft eines Anderen durch neue Bearbeitung zeitgemäss zu erhalten, so trifft dies für den vorliegenden Fall in besonderem Masse zu. Denn U. hatte sein Handbuch in erster Linie als Dozent der Hygiene geschrieben, und deshalb die Aetiologie und die einzelnen prophylaktisch oder therapeutisch wichtigen hygienisch-diätetischen Massnahmen mehr hervorgehoben, als es bis dahin in Lehrbüchern der Kinderheilkunde üblich war. Die hierdurch bedingten

breiten hygienischen Ausführungen glaubte B. mit Recht in der vorliegenden Ausgabe ohne Bedenken einschränken zu dürfen, da „bei unserem modernen Studiengang, in welchem auf Schritt und Tritt Hygiene und Prophylaxe in den Vordergrund gestellt wird, dem Studierenden und jungen Arzte die Hauptprinzipien der Gesundheitspflege sozusagen in Fleisch und Blut übergegangen sind, sodass derselbe im praktischen Leben und am Krankenbett auch danach zu handeln weiss.“ Dafür hat die B.'sche Bearbeitung den klinischen Gesichtspunkten eine grössere Ausführlichkeit gewidmet als die ursprüngliche.

Die einzelnen Krankheitsbilder sind unter Hervorhebung alles Wesentlichen knapp und klar gezeichnet. Die Hauptpunkte der Aetiologie, pathologischen Anatomie und Symptomatologie kommen dabei in gleicher Weise zu ihrem Recht, wie Diagnose, Prognose und Therapie. Bei Besprechung der letzteren finden sich viele, meistens sehr einfach zusammengesetzte Rezepte in den Text eingeschaltet, welche namentlich Studierenden gewiss ebenso willkommen sein werden, wie vielen älteren Kollegen die zahlreichen bis in die neueste Zeit hineinreichenden Litteraturnachweise am Schlusse jedes einzelnen Kapitels. Augenscheinlich steht der Verf. mit seinen Ansichten — die Fragen der Kinderernährung und der Serumbehandlung bei Diphtherie seien in dieser Beziehung besonders hervorgehoben — vollständig auf dem Boden der Heubner'schen Schule, und schon aus diesem Grunde kann das Lehrbuch einer freundlichen Aufnahme in weiteren Kreisen gewiss sein.

Referent hatte bei der Durchsicht die Empfindung, als ob B., je weiter er mit der Bearbeitung kam, sich immer mehr und besser in seine Aufgabe hineingelebt hätte. Wenigstens haben die ersten Kapitel (das gesunde Kind; Hygiene des Kindes; das kranke Kind im Allgemeinen) auf Ref. nicht denselben einheitlichen und abgerundeten Eindruck gemacht, wie die weiteren Abschnitte, und gerade die Einleitung des Buches scheint mir noch mancher Ergänzung fähig zu sein. Die Krankheiten der Neugeborenen sind in üblicher Weise in einem besonderen Kapitel abgehandelt, welches sich als Anhang zwischen „Krankheiten der Verdauungsorgane“ und „Krankheiten der Respirationsorgane“ findet; passender wäre seine Einschiebung zwischen die Einleitung und den Abschnitt „Allgemeinerkrankungen“ gewesen. Die Auswahl von Krankheiten, welche für diesen Anhang getroffen wurde, ist etwas willkürlich. So finden die Hämatome des Kopfes und der Kopfnicker überhaupt keine Erwähnung, und einige andere Krankheiten, wie Sclerema adiposum, Scleroedema und Pemphigus neonatorum (vielleicht auch Intertrigo) würden m. E. besser in diesem Abschnitt als unter „Krankheiten der Haut“ besprochen werden.

Die verschiedenen Punkte, welche sich Ref. bei der Durchsicht des Buches angemerkt hat, will derselbe nicht im Einzelnen erwähnen, da sie entweder Ansichtssache oder von geringerer Bedeutung sind und den Wert der Bearbeitung in keiner Weise herabmindern können.

Wenn der Verf. vor Erscheinen der nächsten Auflage sein Lehrbuch nochmals einer genauen Durcharbeitung unterzieht, dann werden ihm gewiss selbst Stellen genug auffallen, an denen er noch bessernd

und ergänzend die Hand anlegen kann. Hoffentlich bleibt ihm dann auch ein ähnliches Missgeschick erspart, dass er, wie diesmal, an zwei Stellen (S. 31 und 32) auf ein besonderes Kapitel „Schulkrankheiten“ verweist, welches — — zwar in der ersten Auflage des Buches enthalten war, in der vorliegenden Ausgabe aber von dem Verfasser selbst fortgelassen worden ist. Hahn-Potsdam.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Einen Fall von angeborenem Myxödem stellte in der Sitzung der Berliner Medicinischen Gesellschaft vom 30. Nov. 1898 Sklarek vor. Das jetzt $16^3/_4$ Jahre alte Mädchen wurde anscheinend normal geboren und entwickelte sich zunächst normal; im Alter von 6 Monaten aber stockte die Entwickelung, so dass es erst mit drei Jahren sprechen und mit sieben Jahren gehen lernte. Später verlernte sie das Gehen wieder völlig und wurde ganz idiotisch. In Dalldorf wurde Fehlen der Schilddrüse konstatiert. Infolgedessen wurde eine Kur mit Schilddrüsentabletten eingeleitet, die sehr günstig wirkte: Der Umfang des Kopfes und des Rumpfes hat beträchtlich abgenommen, die Haare sind gewachsen, das Gehen ist ziemlich gut, die geistigen Funktionen haben sich gebessert; die Vorderfontanelle, die bei der Aufnahme des 16jährigen Mädchens noch offen war, hat sich während der Kur geschlossen. Eine Unterbrechung der Kur liess die Krankheitserscheinungen wieder mehr hervortreten. (Deutsch. med. Wochenschr. 98.) Schmey-Beuthen.

— Tuberkulöses Geschwür am Penis nach Circumcision. Von Neumann. — Am 3. Februar 1899 demonstrierte N. in der Gesellschaft der Aerzte zu Wien ein Kind, bei welchem nach Circumcision am Penis ein tuberkulöses Geschwür aufgetreten ist. Dasselbe sitzt in der Nähe des Frenulum, hat unterminierte Ränder, einen speckig belegten Grund von Pfenniggrösse, die Leistendrüsen sind nussgross geschwellt. Die Ueberimpfung bei dem vorgeführten Kinde dürfte durch den rituell üblichen Modus der Aufsaugung von Seiten des Beschneiders zum Zwecke der Blutstillung zustande gekommen sein. Ausserdem beobachtete N. einen zweiten analogen Fall, welcher ebenfalls von demselben Operateur operiert wurde. Bisher sind in der Litteratur nur ungefähr 10 Fälle bekannt, welche von Lehmann beschrieben wurden, bei denen die Art der Erkrankung, das traumatische Entstehen der Tuberkulose, durch die Circumcision nachgewiesen wird. Auf diesem Wege wird ausserdem, und zwar viel häufiger, die Syphilis übertragen. Goldbaum-Wien.

Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.
Natr. borac 5,0
Naftalan. 45,0
Mf. ungt. DS. äusserlich.

Lysol. 0,5
od. Airol 1,0
Naftalan. 30,0
Mf. ungt. DS. äusserlich.
Kleinere Wunden und Geschwüre.

Rp.
Acid. salicyl 1,0
Zinc. oxydat. 5,0
Naftalan. 30,0
Mf. ungt. DS. äusserlich.

Rp.
Ungt. Diachyl. Hebr. 30,0
Naftalan. 15,0
Hydrargyr. oxyd. flav. 0,25
Mf. ungt. DS. äusserlich.
Eczema.
(Naftalan ausserdem sehr gutes Mittel gegen Prurigo, Urticaria, Psoriasis, Scabies).

Rp.
Bismuth subnitr. 3,0
Acid. boric. 1,5
Naftalan. 25,0
Mf. DS. äusserlich.
Kleinere Brandwunden.

Rp.
Styrac. liquid.
Sulfur. praecipit.
Cret. aa 5,0
Naftalan. 30,0
Mf. ungt. DS. äusserlich.
Scabies.
(Kölbl)

Kleine Mitteilungen.

Eine vorzügliche Spritze für subcutane Injectionen ist die aseptische Subcutan-Spritze „Unikum" der Verbandstoff- und Präparaten-Fabrik „Colonia" (Dr. Vogt & Piro) in Köln a. Rh. Die Spritze ist ohne jegliches Metall angefertigt, hat nur glatte Glasflächen, daher unter der Wasserleitung leicht zu reinigen und zu sterilisieren. Ein Ansetzen von Grünspan, wie dies bei der gewöhnlichen Pravazspritze zwischen Leder- oder Asbestkölbchen und Metallstempel so oft stattfindet, ist bei der in Rede stehenden Spritze vollständig ausgeschlossen. Der Preis der Spritze ist: für 1 g Inhalt 4 Mark, 2 g Inhalt 5 Mark, 5 g Inhalt 6 Mark, 10 g Inhalt 8 Mark. —

Dieselbe Firma bringt Celluloidröhrchen mit Todtenkopf (Preis pro Stück 75 Pf.) mit luftdichtem Schraubenverschluss zum Nachtragen von Sublimatpastillen in der Westentasche oder im Besteck in Verschleiss. Feuchtwerden oder Verderben der Sublimatpastillen ist ausgeschlossen. —

Prof. Dr. N. R. Finsen's Hämatin-Albumin ist ein aus kräftigem Tierblut hergestelltes eiweisshaltiges Bluterzeugungsmittel, das leicht verdaulich ist, keinen Geruch und Geschmack hat und wegen seines reichen Eisengehaltes die Beschaffenheit des Blutes sehr günstig beeinflusst. Es beschädigt die Zähne nicht im Geringsten, verursacht keinerlei Beschwerden und ist selbst für den schwächsten Magen leicht verdaulich. Selbst ganz kleine Kinder vertragen es vorzüglich. Als Stärkungs- und Nahrungsmittel für Chlorotische und Anämische, Reconvalescenten und Magenleidende dürfte es sich daher vorzüglich einführen. H.-A. ist ein bräunliches Pulver; die Dosis für Kinder ist drei Mal täglich $^1/_4$—$^1/_2$ Theel. voll (in Milch, Wasser, Bouillon). Es wird hergestellt von Friedr. Feustell Nfl. Chem. Fabrik in Hamburg.

Verlag des „Reichs-Medizinal-Anzeigers" B. Konegen, Leipzig.
Druck von Emil Goldammer, Königsbrück i. S.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen

X. Jahrg. **Dezember 1899.** **Heft 12.**

Originalbericht über die Verhandlungen der Abteilung für Kinderheilkunde der 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu München vom 17.—23. September 1899.

Von Dr. Sonnenberger, Worms.

(Schluss.)

Dr. Camerer jun. (Stuttgart) spricht über a) Gewichts- und Längenwachstum der Kinder, insbesondere solcher im 1. Lebensjahre und gibt dabei die interessanten Resultate 25jähriger Arbeit (250 Fälle wurden genau beobachtet) insbesondere von Camerer sen. wieder. Auf die Details dieses Vortrages können wir hier nicht eingehen. b) Die chemische Zusammensetzung eines Neugeborenen. Es sind dies die ersten genauen Analysen, die in dieser Richtung (an den Leichen von 3 normalen ausgetragenen Kindern)

von C. und Söldner angestellt wurden. Die Resultate werden in der „Zeitschrift f. Biolog." zur Veröffentlichung gelangen. — Bei der Diskussion besprechen Baginsky, Bendix (Berlin) und Camerer sen. (Urach) über ähnliche Untersuchungen, die sie angestellt haben und die ähnliche Resultate ergeben haben. —

Dr. Knöpfelmacher (Wien): Untersuchungen über Caseïnflocken. In den Fäces dyspeptischer Säuglinge findet man oft weisse Klümpchen, die unter dem Namen „Caseïnflocken" bekannt sind. K. hat dieselben chemisch untersucht und geht aus seinen Analysen hervor, dass die Annahme, man habe es bei den Caseïnflocken mit blossen Caseïngerinnseln zu thun, falsch ist. Vor Allem besteht kein Zweifel, dass das Fett der Caseïnflocken kein unverändertes Milchfett sein kann, sondern es ist in seiner Zusammensetzung dem Kothfett nach Milchnahrung ähnlich. —

Dr. Oppenheimer (München); Ueber die Pasteurisierung der Milch zum Zwecke der Säuglingsernährung. O. demonstriert einen Apparat, vermittelst dessen er die Milch zu Zwecken der künstlichen Säuglingsernährung pasteurisiert, d. h. nicht über 70 ^{0} erhitzt. Er hat im Laufe von $1^1/_2$ Jahren 42 Säuglinge mit derartiger Milch ernährt und hat allen Grund, mit seinen Resultaten zufrieden zu sein. Die pasteurisierte Milch ist bei genügender Haltbarkeit chemisch weit weniger verändert, darum bekömmlicher und wohlschmeckender als die sterilisierte Milch. — Biedert: Forster in Amsterdam hat ebenfalls Versuche mit pasteurisierter Milch gemacht, aber keinerlei Vorteile gegenüber der sterilisierten Milch beobachtet. — Sonnenberger: H. O. sprach von einigen schweren Darmkatarrhen, die ihm bei seinen Ernährungsversuchen sowohl mit pasteurisierter als auch sterilisierter Milch vorgekommen seien und möchte darauf hinweisen, dass sich derartiges immer wieder ereignen wird, wenn der Fütterung des Milchviehes keine Aufmerksamkeit zugewandt wird. Es handelt sich dabei nämlich öfters um den Uebergang von chemischen Noxen aus dem Futter in die Milch, die durch hohe Hitzegrade meist nicht affiziert werden. —

Dr. Mellin (Helsingfors): Ueber die Virulenz des aus Kinderstühlen gewonnenen Bacterium col. M. hat das Bakt. col. aus 22 verschiedenen Kinderstühlen isoliert, und zwar in 21 Fällen von akuten Gasteroenteritiden und 1 Mal aus den Entleerungen eines gesunden Kindes. Mit diesen Reinkulturen hat er Versuche an Tieren gemacht und dabei gefunden, dass die Virulenz des Bact. col. in grossen Breiten schwankt. Neben einer Virulenz, die ein Tier in wenigen Stunden tötet, steht eine solche, welche zwar das Tier sehr stark inficiert und schwer krank macht, um dasselbe aber alsdann wieder völlig gesunden zu lassen. — Wir können beim Bact. col. wahrscheinlich auch zwischen einem Pseudobacillus und einem virulenten Bact. col. com. unterscheiden. Das aus den Stühlen des gesunden Kindes stammende Bact. col. war nicht pathogen. — Pfaundler (Strassburg) hat nach seinen Versuchen das Bact. col. ebenfalls teilweise als hoch virulent, teils geringe Giftwirkung nicht überschreitend gefunden.

Dr. Pfaundler (Strassburg): Ueber Saugen und Verdauen

Bezüglich der Nahrungsaufnahme treten beim Kinde oft schon in den ersten Lebenswochen individuelle Züge hervor, auf die Rücksicht zu nehmen die diätetischen Bestrebungen oft sehr fördert. Andrerseits darf aber auch die Selbstbestimmung der Mahlzeit durch den Säugling nicht zu weit gehen. Künstlich genährte Kinder überschreiten die Maximaldosis der Mahlzeit oft bedeutend und nehmen dadurch die mechanischen Magenwandfunktionen übermässig in Anspruch. Beim Flaschenkinde findet im Gegensatz zum Brustkinde eine passive Nahrungsaufnahme statt. Es ist daher ganz rationell, durch geeignetes Verfahren, namentlich durch Einschaltung successive gesteigerter Widerstände Flaschenkinder zu einer aktiven Nahrungsaufnahme anzuspornen; die Form der Saugflaschen mit Schlauchvorrichtung ermöglicht dies, doch stehen diesem Vorteil die allerdings überschätzten Nachteile der erschwerten Reinigung gegenüber. Pf. hat eine Vorrichtung angegeben, die gestattet, die Energie der einzelnen Saugzüge manometrisch zu messen. — Vergleichende Untersuchungen haben ferner ergeben, dass nach aktiv eingenommenen Mahlzeiten die Gesamtaciditätskurve und der Prozentgehalt des gemischten Mageninhalts an H ll beträchtlich wachsen und höher ansteigen als nach passiv eingenommener Mahlzeit. Ebenso scheint die Magenentleerung direkt durch die Saugbewegung gefördert zu werden. — In der ausgedehnten Diskussion, an der sich Biedert, Czerny (Breslau), Fischl, Schlossmann (Dresden), Conrad (Essen), Hecker (München), Langenbühl (Wiesbaden) beteiligten, werden die Pf.'schen Beobachtungen zum Teil bestätigt, andererseits wird aber doch auch darauf hingewiesen, dass die Flaschen mit langem Saugstück ihre Nachteile haben und dass das Innehalten einer bestimmten Zeit, z. B. 3 Std. bei der Verabreichung von Nahrung segensreich sei.

Prof. Dr. Heubner (Berlin): Ueber Prophylaxe der Tuberkulose im Kindesalter, Heimstätten und Heilstätten. An den am Ende unseres Jahrhunderts stattfindenden Kreuzzug gegen die Tuberkulose müssen sich vor allem die Kinderärzte beteiligen, und zwar vornehmlich im prophylaktischen Sinne. Die Tuberkulose Erwachsener ist in sehr vielen Fällen höchst wahrscheinlich auf latente Infektionen des Kindesalters zurückzuführen. Hereditäre T. wird immermehr als frühzeitige Infektion erkannt. Die Pforten der Infektion sind gerade im Kindesalter mannigfaltig. H. will sich nicht über die Prophylaxe der T. im individuellen Sinne äussern, sondern über den Kampf der Gesamtheit der Bevölkerung gegen die Kindertuberkulose. Er will weniger auf die Heilstätten für Kinder, die ja auf dem Tuberkulosekongress genügend erörtert worden sind, sondern auf etwas ganz Besonderes, Neues hinweisen, nämlich auf die Heimstätten für gesunde Kinder. Er will in dieselben aufgenommen wissen: 1) Kinder, die inmitten tuberkulöser Verwandten wohnen und so der Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind; 2) Kinder mit Konstitutionen, von denen man weiss, dass sie ganz besonders zu T. disponiert sind z. B. Syphilitische; 3) skrophulöse Kinder, von denen man sicher annehmen kann, dass sie frei von T. sind; 4) ganz besonders Rekonvaleszenten von akuten Infektionskrankheiten, vornehmlich Masern und Keuchhusten, die nach solchen oder etwa bei der Rückkehr aus Spitälern in ungünstige

häusliche Verhältnisse ganz besonders günstiges Material zur Entstehung der T. abgeben, namentlich wenn derartige Kinder bereits Tuberkelkeime in sich tragen. — Die Errichtung derartiger Heimstätten hätte zu geschehen in der Nähe grosser Bevölkerungskomplexe, in einer gesunden waldreichen Gegend. Die Unterhaltung dieser Anstalten würden recht grosse Kosten verursachen, denn die Kinder wären unter Umständen jahrelang dort zu verpflegen, dann müsste für Schulerziehung und sorgfältige ärztliche Ueberwachung zu sorgen sein. — Soltmann: Der Heubner'sche Gedanke ist sehr gesund, es sind ja ähnliche Versuche von einem anderen Gesichtspunkte aus in Pensionaten gemacht worden. Die Gefahr der Hausinfektionen z. B. von Eltern auf Kinder ist sehr gross. Ganz besonders wichtig sind die Heimstätten für Kinder, die zur T. disponiert sind. — Pott: In Halle existiert seit 3 Jahren ein derartiges Rekonvaleszentenheim für Kinder. So lange die Kinder dorten verweilen, sind die Resultate sehr gute, besonders im Sommer; kommen sie in ihre Familien zurück, so weiss man nicht, wie lange die Resultate anhalten. Auch wurde es als Missstand empfunden, dass es sehr schwierig ist, Infektionskrankheiten abzuhalten und thatsächlich wurden schon Scharlach und Diphtherie eingeschleppt. — Baginsky hat direkte Thesen für solche Kinderheimstätten aufgestellt. Prophylaktisch sehr wirksam sind auch die Seehospize. Bei den Kindern verfolgen wir in den Heilstätten andere Zwecke als bei Erwachsenen, denn bei diesen handelt es sich nur um Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, bei Kindern wollen wir absolut Ausheilung erlangen, dieselben müssen daher sehr lange dort bleiben. Wenn diese Gesichtspunkte im Auge behalten werden, so ist die Sache sehr wichtig.

Dr. Trumpp (München): Ueber Intubation in der Privatpraxis. T. erörtert die Frage, ob man die Intubation, die in der Spitalpraxis sicher sehr günstige Erfolge erzielt, den praktischen Aerzten empfehlen soll. Er hält die Gefahren der Extubation, um die es sich hauptsächlich hier handelt — denn die Gefahren des Eingriffes einer Intubation sind sicher verschwindend gegen die der Tracheotomie — nicht für so bedeutend, dass der Arzt beständig bei seinen Intubierten zugegen sein müsse. Er glaubt, dass eine sorgfältige Ueberwachung durch eine geschulte Wärterin genügend sei und immer noch 1—2 Stunden Zeit seien zur Vornahme der Extubation, wenn diese nötig werden sollte. Jeder Arzt solle genügend bekannt sein mit der Technik der Intubation und Tracheotomie, um dann so nach Lage des Falles die eine oder die andere anzuwenden. — In der Diskussion waren die Meinungen geteilt; während Escherich, v. Ranke, Galatti den Ausführungen Trumpps beistimmen, bringen andere Bedenken gegen die Anwendung in der Privatpraxis vor: Soltmann hält einen ärztlichen Permanenzdienst nach der Intubation absolut für erforderlich, Ganghofner und Carstes betonen hauptsächlich, dass der Arzt die Technik der Intubation völlig beherrschen müsse und eine grosse Sachkenntnis dazu gehöre, zu beurteilen, ob ein Fall zur Tracheotomie oder zur Intubation geeignet sei.

Dr. Fischl (Prag): Ueber chronische recidivirende exsudative Anginen im Kindesalter. F. beschreibt eine typische lakunäre Angina

die meist im 2. Lebensjahre auftritt, sich öfter in kürzeren oder längeren Intervallen wiederholt, im Puberitätsalter seltener wird oder auch ganz verschwindet. Die Affektion ist hereditär. Es giebt eine individuelle Disposition, dann eine lokale, es sind oft bestimmte Häuser, in oder neben denen Stallungen sind, in denen die Krankheit vorkommt. Die Kinder kommen oft sehr herunter, werden nervös und anämisch. Die Tonsillotomie bringt oft keine besondere Besserung, wie denn überhaupt die Therapie ziemlich machtlos dagegen ist. Es kommen oft recht schwere Fälle vor, Komplikationen mit Bronchialkatarrh, Nephritis, Endocarditis. Es besteht eine grosse Infektiosität, Intubationsdauer ca. 2—3 Tage. Es handelt sich wahrscheinlich um Diplokokkeninfektion. — Pott glaubt, dass chronische Schwellungen der Nasen- und Rachenschleimhaut sehr dabei mitspielen. Sehr nützlich sind monatelange abendliche Einträufelungen von Glycerin in die Nase. Man soll bei chronisehen Schwellungen der Nasenschleimhaut nicht so leicht operiren, hingegen kann man 1—2 mal mit rauchender Salpetersäure ausätzen. — Seitz hat bei derartig häufig auftretenden Recidiven immer Streptokokken gesehen. Therapeutisch nützten ihm monatelange Pinselungen mit Lugol'scher Jodlösung. — Hochsinger ätzt in der anfallsfreien Zeit mit Lapis in Substanz; während des Anfalles lokale Bepinselungen mit Sublimat 1 : 10,000; Kaupastillen sind sehr gut, hingegen nützen Gurgelungen nichts.

Prof. Biedert (Hagenau): Die Versuchsanstalt für Ernährung, eine wissenschaftliche, staatliche und humanitäre Notwendigkeit. B. stellt eine Reihe von Thesen auf, in denen er die Aufgaben bezeichnet, die eine Versuchsanstalt für Ernährung, die er für viel dringender erforderlich hält, als eine arzneiliche Anstalt, wie sie von Harnack gefordert wird, zu erfüllen habe. Diese Anstalt sei nicht blos für die Ernährung der Kinder und Erwachsenen von Bedeutung, sondern auch für die Staaten und Städte. In der sich anschliessenden Diskussion, an der sich v. Ranke, Stoos (Bern), Camerer, Schlossmann, Meinert, Escherich, Soltmann beteiligen, wird die B.'sche Idee allgemein als berechtigt anerkannt und zur allgemeinen Agitation für dieselbe aufgefordert.

Prof. Soltmann (Leipzig): Ueber Landry'sche Paralyse. Darunter versteht man einen eigentümlichen Symptomenkomplex, der mit einer apoplektiformen Lähmung der Beine beginnt, sich nach aufwärts verbreitet und nach 14 Tagen bis 3 Wochen zur totalen Lähmung, selbst durch Uebertritt auf lebenswichtige Centren zum Tode führen kann, ohne dass anatomische Veränderungen in den centralen Organen gefunden werden könnten. Er giebt als Erklärung für die Krankheit eine Infektions- und eine Intoxikationstheorie. — Ob Polyneuritis, Beriberi, Kakke, mit der Krankheit identisch ist, ist noch nicht sicher. Man glaubt vielfach, dass die Krankheit auf einer Poliomyelitis beruhe. Besonders interessant ist sie für das Kindesalter, da es für alle diese Erkrankungen einen gewissen Schutz besitzt. Man hat schon oft Besserungen, selbst Heilung bei L.'scher Paralyse gesehen. S. teilt einen Fall von einem 12jährigen Mädchen mit, wo durch eine Schmierkur verschiedene Male erhebliche Besserung herbeigeführt wurde. — Hochsinger erwähnt einen ähnlichen Fall, bei dem Hydragyr. tannic.

oxydat., das von Kindern ausgezeichnet vertragen wird, 0,1 g pr. dos. nach 2 Monaten vollständiges Zurückgehen der Lähmung herbeiführte. — Fritsche (Leipzig) hat bei seinem eigenen Kinde, das nach Influenza eine Poliomyelitis acuta bekommen hatte, eine vollständige Heilung nach der Schmierkur eintreten sehen. — Rauchfuss (Petersburg) wendet die Schmierkur in ähnlichen Fällen immer mit ausgezeichnetem Erfolge an. — Soltmann hat akute Poliomyelitis nach Infektionskrankheiten öfters auftreten gesehen und wendet die Schmierkur bei ihnen immer mit gutem Erfolge an. Dieselben wirken bei Rückenmarkskrankheiten von Kindern immer ausgezeichnet. — Escherich: Die Idee der universellen Wirksamkeit der Schmierkur bei den Infektionskrankheiten hat schon zu dem Vorschlage Veranlassung gegeben, alle Infektionskrankheiten, insbesondere in akuten Exanthemen, mit Ungt. cin.-Einreibungen zu behandeln.

Rille (Innsbruck): Ueber Creepling disease. Von dieser auf dem europäischen Kontinent seltenen Krankheit hat R. 2 Fälle beobachtet. Sie ist für das Kindesalter charakteristisch und besteht in roten Linien, die über den Körper schreiten und in 24 Stunden bis zu 20 cm Ausdehnung erreichen können. Die Krankheit wird durch einen Parasiten verursacht. Sie dauert oft Monate lang, worauf dann Spontanheilung eintritt oder die betreffenden Hautpartieen müssen excidirt werden. — Prof. Rille: Ueber Dermatitis exfoliativa, eine immer in der Umgebung der Mundwinkel beginnende Hautkrankheit, bei der sich die Haut schliesslich in grossen Epidermisschichten abstösst; dies wiederholt sich oft längere Zeit in kürzeren oder längeren Zwischenräumen. R. hat unter seinen 4 beobachteten Fällen den einen tödlich verlaufen sehen. — Fischl glaubt, dass viele derartige Fälle dem Pemphig. foliac. neonator. zuzurechnen seien. — Hochsinger hält die D. ex. für etwas ganz besonderes, von anderen Hautkrankheiten verschiedenes. Fast alle derartigen Kinder haben Dauerkontrakturen. — Finkelstein (Königsberg) betont, dass bei Pemphigus Blasenbildung vorhanden ist, bei D. e. nicht. Als Behandlung empfiehlt er dicke Einpuderungen von Bol. alb. und Einwickeln der Kinder in dicke Wattelagen. — Baginsky sieht derartige Fälle oft sehr selten, zu anderen Zeiten häufig auftreten. Blasenbildung kann im Anfang der D. e. ebenfalls auftreten. Früher, als er mit Salben, Oelen etc. behandelte, verlor er alle Kinder, jetzt behandelt er trocken und giebt nebenbei tanninhaltige Bäder, womit er günstige Resultate erzielt hat. — Soltmann behandelt mit Chinarindendecoct, daneben giebt er evtl. Liq. Ammon. acet.

Dr. Sonnenberger (Worms): a. Ueber eine bisher nicht genügende beachtete Ursache hoher Säuglingssterblichkeit. b. Ueber Kindermilch. Die ausführlichen Schlusssätze zu diesen beiden Vorträgen sind auf Seite 278 etc. dieses Heftes zum Abdruck gebracht. — Pfaundler weist auf einen neu entdeckten Eiweisskörper, das „Opalisin", hin, das in der Frauenmilch in wesentlich grösserer Menge vorhanden ist, als in der Kuhmilch. — Schlossmann ist in Bezug auf Kindermilch nicht so pessimistisch wie S.; es gäbe eine ganze Reihe von Städten in Deutschland, in denen gute Kindermilch zu haben ist. Die Viehtuberkulose sei in beträchtlicher Zunahme in Deutschland begriffen. Die polizeiliche

Kontrolle in Bezug auf Fett- und Säuregehalt sei sehr wichtig. — Baginsky: In Berlin haben schon Beratungen im landwirtschaftlichen und Kultusministerium stattgefunden, um festzustellen, was Kindermilch sei. Entgegen ständen auf dem Gebiete der Milchhygiene die agrarischen Strömungen. — Escherich betont ebenfalls die Wichtigkeit der Tuberkulosenfrage; durch Nachzucht von sicher tuberkelfreien Tieren könne man hier viel nützen. — Sonnenberger konstatiert, dass man seinen Anregungen, auf dem Gebiete der Milchbeschaffung zum Zwecke der Säuglingsernährung Besserung zu schaffen, allerseits sehr entgegenkäme. Die Frage sei eminent wichtig für die künstliche Säuglingsernährung. Man könne hier nicht pessimistisch genug denken und seien die Verhältnisse namentlich in mittleren und kleineren Städten sowie auf dem Lande oft sehr schlechte; in grösseren Städten seien allerdings die Verhältnisse oft gute.

Eine Anzahl von Vorträgen erwähnen wir blos, da sie teils nur ein theoretisches Interesse besitzen, zum Teile sich aus anderen Gründen (z. B. Schilderung von Krankheitsfällen) nicht zum Referate eignen: Prof. Leo (Bonn): Ueber Tympanitis bei Kindern. — Camerer sen.: Ueber den Urin des Säuglings. — Prof. Escherich (Graz): Studien über die Morbidität der Kinder in den verschiedenen Altersklassen mit Demonstration von Tafeln. — Dr. Comby (Paris): Ueber die Lithiasis renalis der Säuglinge. — Prof. Concetti (Mailand): Ein Fall von Blasenadenom bei einem elfmonatlichen Mädchen. — Prof. Hirschsprung (Kopenhagen): Ueber Erweiterung und Hypertrophie des Dickdarms. — Dr. Theodor (Königsberg): Ueber progressive perniciöse Anämie. — Dr. Hecker (München) demonstriert einen neuen Harnfänger, desgleichen Dr. Trumpp (München). — Dr. Hecker (München): Neues zur Pathologie des congenitalen Syphilis. — Dr. Schlossmann (Dresden): Zur pathologischen Anatomie der Lues hereditaria. — Dr. Fischl (Prag): Demonstration e. syphilitischen Leber. — Prof. Baginsky (Berlin): Ein Beitrag zu den sekundären Infektionen im Kindesalter. — Prof. Schmorl (Prag): Ueber Störungen des Knochenwachstums bei Barlow'scher Krankheit. — Dr. Rommel (München): Ueber die Behandlung früh geborener Kinder in besonderen behördlichen Anstalten. — Hofr. Dr. Wertheimber (München): Zur Behandlung der Scharlachnephritis (Darmirrigationen mit physiologischer Kochsalzlösung, 2 Mal tgl.).

Grosse Gefahren durch kleine Fehler in der Pflege der Kinder.

Von Dr. Kühner (Koburg).

(Schluss).

Dass das bei der künstlichen Ernährung übliche Vorkosten der Milch, sowie das spätere Vorkauen der Speisen, eine ekelhafte, ganz der gegenwärtigen wissenschaftlichen Anschauung und praktischen Erfahrungen widersprechende Unsitte, welche leicht zur Uebertragung von Diphtherie, Tuberkulose und anderen Infektions-

krankheiten Anlass geben kann, in der Kindespflege zu den kleinen Fehlern gehört, welche grosse Gefahren zeitigen können, geht aus unserer seitherigen Betrachtung hervor.

Dass die Saugvorrichtungen, da sie oft schwer zu reinigen und deshalb nicht rein gehalten werden, ebenfalls grosse Nachteile für das Kind bedingen können, ergiebt sich ebenfalls genugsam aus unserer Betrachtung. Kleine Ursachen, grosse Wirkungen! Bisweilen beobachtet man und zwar häufiger bei Flaschen- als bei Brustkindern, dass sie bald nach dem Trinken unruhig werden, schreien, authören zu trinken u. s. f. Forscht man nach, so sieht man meist, dass der Fehler gemacht worden, die Oeffnungen im Saughütchen zu klein zu machen oder demselben einen einzigen zu grossen Durchgang zu geben. In letzterem Fall wird, wie wir einem kleinen, aber sehr lehrreichen, weil überall aus eigener praktischer Erfahrung hervorgegangenen Schriftchen*) entnehmen, das Kind gezwungen, viel grössere Schlucke, als ein Brustkind zu nehmen und die Flasche in viel kürzerer Zeit, als eine halbe Stunde zu leeren. Die Folge ist, dass solche Kinder sehr oft und zuweilen sehr grosse Mengen unverdauter Milch, die manchmal noch nicht einmal durch das Gerinnungsferment des Magens verändert war, wieder von sich geben. Wenn auch das Wort „Speikinder, Gedeihkinder“ zum geflügelten im Munde der Mütter und Hebammen geworden ist, so kann es doch zuweilen recht lästig werden, wenn das Erbrechen nach jeder Nahrungsaufnahme immer wieder erfolgt. Abgesehen davon, dass es Zeit und Arbeit macht, ein Kind mehrmals am Tage und auch in der Nacht umzukleiden — zu thun giebt es bei kleinen Kindern überdies immer genug — so hat es oft Wundwerden der Halsfalten im Gefolge, was zuweilen sogar von ganz aufmerksamen Müttern übersehen wird. Zwar hemmt ein geringer Salzzusatz zur Milch die Brechneigung, jedoch nur, wenn es sich um das Erbrechen kleiner, geronnener Milchmengen handelt. Trinken Kinder zu hastig, so hilft auch der Salzzusatz nichts.“ Aber auch wenn die Oeffnung, die leicht mittelst einer heissen Nadel angebracht werden kann, klein, so gelangt ebenso wie bei einer zu grossen Oeffnung und zwar bei dieser durch müheloses reichliches Saugen, bei jener durch unnötige in Absätzen erfolgende Anstrengungen reichlich Luft in den Magen, welche durch Erbrechen nicht entfernt werden kann, sondern zur reichlichen Ansammlung von Magengasen führt. „Legt man ein aus solcher Ursache schreiendes Kind mit seiner Brustseite auf den linken Vorderarm und klopft es mit der rechten Hand mässig stark auf die Rückengegend, so entweichen die Magengase meist schon nach wenigen Schlägen unter Ructus. Sofort hört das Kind zu schreien auf.“

Um die künstlichen Saugvorrichtungen und ihren Ersatz einigermassen vollständig zu besprechen, müssen wir als ungemein praktisch das Saughütchen von L. Fürst hervorheben. Das einfache Gummisaughütchen, von welchem vorhin die Rede war, hat einen kleinen mechanischen Nachteil, welcher schon seit Jahrzehnten von

*) Vgl. Ein kleines, aber wichtiges Kapitel vom Gummihütchen, aus Fischer, Frauenarzt in Salzungen: Das erste Lebensjahr in gesunden unl kranken Tagen. Jena. Verlag von Gustav Fischer. Mk. 1.20.
Kinderärzte können dieses dankenswerte Büchelchen allgemein empfehlen.

Aerzten anerkannt war, ohne eine zweckmässige Abhilfe zu treffen. Das ununterbrochene Ansaugen von Milch aus einer Flasche ist nämlich dem Kinde nur dann möglich, wenn während des Saugens immer Luft von aussen her in die Flasche nachrücken kann. Einem physikalischen Gesetze zufolge muss, damit das saugende Kind aus der Flasche Milch in seinen Mund hinein bekommen kann, der Luftdruck im Fläschchen grösser sein, als im Munde des Kindes. Wenn aber das Kind lange saugt, so wird die Luft in der Flasche derart verdünnt, dass in einem bestimmten Momente der Luftdruck im Munde des Kindes und in der Flasche gleich gross werden; dann geht keine Milch mehr aus der Flasche in den Mund des Kindes hinein. Das Kind fühlt das instinktiv, denn es hört, sowie es merkt, dass die Milch schwer in seinen Mund gelangt, nach einer Anzahl von Zügen mit dem Saugen auf. Dasselbe Spiel wiederholt sich immer von neuem, d. h. das Kind muss beim Trinken immer nach einigen Zügen absetzen und sich unnötigerweise anstrengen. Neben dem Ansaugen von Luft mit allen oben hervorgehobenen Nachteilen erwächst für schwächliche Kinder hierdurch oftmals eine grosse Pein. Diesem Uebelständen hat in sehr sinnreicher Weise L. Fürst abgeholfen durch Konstruktion eines Saughütchens, bei dessen Gebrauch das Kind den Saugakt nicht zu unterbrechen braucht, eine Vorrichtung, welche durch Anbringen von Watte im Innern alle staubförmigen Bestandteile und Pilzkeime zurückhält. Wir müssen uns versagen, hier eine nähere Beschreibung dieser Einrichtung zu geben.

Manche Vorurteile herrschen unüberwindlich. Dass man selbst zu unserer Zeit, welche, gestüzt auf die bakteriologischen Befunde, sich bemüht durch kostspielige, umständliche Verfahrungsweisen dem Kinde eine keimfreie Nahrung zu reichen, verwendet noch Gummihütchen oder Leinwandbeutelchen, gefüllt mit Brotrinde, Zwieback, Zucker, Mehlstoffen, die sämtlich sich rasch zersetzen, in Säure übergehen, Schwämmchen, Verdauungsstörungen selbst der schwersten Art veranlassen können, ist einer jener unbesiegbaren Irrtümer. James Cantle weist in jenem Beitrag im British Medic. Journ. auf die Grösse der Gefahren hin, welche den Kindern aus jener veralteten Unsitte erwachsen und vielleicht gelingt es nunmehr dem Kinderarzt, die Obsorge der Mütter durch deren Stolz zu erwecken. Durch alle künstlichen Saugvorrichtungen, wie sie auch heissen mögen, werden die Wangen nach einwärts gezogen, durch die bei anstrengenden Saugbewegungen bethätigten, am Oberkieferbogen befestigten Muskeln wird dieser allmälig zugespitzt, vorgestossen, so dass die ganze Mund- und Gesichtsbildung eine dem tierischen Zwischenkiefer ähnliche Formation erhält. Allmälig wird der harte Gaumen nach oben gezogen. Eine Verengerung der oberhalb desselben gelegenen Nasenhöhle, weiterhin das gefürchtete erschwerte Nasenatmen mit allen nachteiligen Folgeerscheinungen bilden durch eine lange Kette von Vorgängen schliesslich den Ausgang vom Gebrauch jener künstlichen Saugvorrichtungen. Die neueren Forschungen haben uns gelehrt, die Eingangspforten für krankmachende Organismen einer besonderen Würdigung zu unterziehen. Reiche Anhaltspunkte gewährt uns diese Lehre, um grosse Gefahren durch Vermeidung kleiner

Fehler ferne zu halten. Dass solche schädliche Pilzkeime unter begünstigenden Umständen durch unzweckmässige Nährmittel vermittelst der Digestionsorgane in den Körper des Kindes hineingelangen, schwere Magen- und Darmkatarrhe, Brechdurchfälle hervorrufen können, ist bereits angedeutet worden. Wir wissen ferner, dass auch durch die Respirationsorgane schädliche Mikroorganismen eindringen, sich im Rachen und in den Luftwegen festsetzen und schwere Halsaffektionen, sowie akute Exantheme veranlassen können. Wir wissen schliesslich, dass von aussen her, etwa durch umgebende Schmutz- und Staubpartikel oder durch Berührung mit faulenden, in Zersetzung begriffenen Objekten, infizierende Stoffe in die Haut des Säuglings eindringen können, welche eine Menge von Erkrankungen der Haut bedingen können, vom leichtesten Furunkel angefangen bis zur brandigen Zerstörung des Zellgewebes. Auch können von aussen her in die Haut durch eine zufällige Verletzung eingedrungene unreine Stoffe ganz unbemerkt in die Tiefe vordringen, zur Blutvergiftung mit tödlichem Ausgang Anlass geben. Vieles seither Rätselhafte ist uns durch dieses Eindringen in die Eingangspforten des kindlichen Organismus erschlossen worden.

Auf eine der Eingangspforten für den Tuberkelbacillus und die Art von dessen Uebertragung haben neuerdings Wolff[1]) und Volland[2]) die Aufmerksamkeit gelenkt und hat weiterhin Alsberg[3]) in einem Beitrag bestimmte Forderungen gezogen, welche wir im Nachfolgenden wiedergeben. Bekanntlich pflegen die Kinder bei ihren ersten Gehversuchen mit Vorliebe „auf allen Vieren“ umherzurutschen und es ist unausbleiblich, dass bei dieser Gewohnheit die Händchen des Säuglings mit etwaigem Tuberkelbacillen enthaltenden Staub und Schmutz besudelt werden. Zu gleicher Zeit bewirkt aber die reichliche Absonderung von Mund- und Nasenschleim unter begünstigenden Umständen auch katarrhalische Erkrankungen der Schleimhäute, das Vorhandensein wunder Stellen an den Lippen und Nasenlöchern des Kindes. Durch den Reiz, welcher von jenen Lippen- und Nasengeschwüren ausgeht, wird nun der Säugling veranlasst, sich mit den Händen ins Gesicht zu fahren und den an den Fingern hängenden oder klebenden Staub förmlich in die wunden Stellen einzureiben. Auch wird die Annahme, dass die auf die Lippen- und Nasengeschwüre applicirten Tuberkelbacillen durch Vermittelung der Lymphgefässe zunächst den Lymphdrüsen des Halses, sowie den Speicheldrüsen zugeführt werden, dass also das Kind in der soeben angegebenen Weise eine Verimpfung der im Staube enthaltenen Schwindsuchtskeime an sich selbst vollzieht, durch die Beobachtung bestätigt, dass die Anschwellungen jener Drüsen im kindlichen Alter ganz besonders häufig vorkommen. Die von Volland in grossem Massstabe angestellten Untersuchungen und die darauf

1) Die moderne Behandlung der Lungenschwindsucht mit besonderer Berücksichtigung der physikalisch-diätetischen Heilmethode“ von Dr. Felix Wolff in Reiboldsgrün. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. H. Curschmann, Geh. Med.-Rath und Direktor der medicinischen Klinik in Leipzig. Wiesbaden 1894. J. F. Bergmann.

2) „Ueber den Weg der Tuberkulose zu den Lungenspitzen und die Notwendigkeit der Errichtung von Kinderpflegerinnenschulen“. Verhandlungen der 64. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Th. VI, S. 216 ff.

3) Die Hygiene des Kindesalters und die Ausbildung der Kinderpflegerinnen im Feuilleton der Frankfurter Zeitung.

sich stützende Statistik beweisen, dass die im kindlichen Alter stattfindende tuberkulöse Drüsenaffektion, die man bisher als „Skrophulose" bezeichnet hat, ein aussergewöhnlich häufiger Vorgang ist. Auch berechtigt der Umstand, dass der Prozentsatz der mit solchen Drüsenanschwellungen behafteten Kinder während der Schulzeit (d. i. von den niederen zu den höheren Klassen fortschreitend) geringer wird, zu dem Schluss, dass die Schule für das Zustandekommen jener Drüseninfektionen nicht verantwortlich gemacht werden kann. Im Uebrigen führt das soeben erwähnte Eindringen der Tuberkelbacillen in die Drüsen nicht in allen Fällen zur Tuberkulose. Während solche Personen, bei denen weder besondere prädisponierende Momente, noch von aussen einwirkende, die Widerstandsfähigkeit gegen Krankheiten herabsetzende Einflüsse zur Geltung gelangen, die Einwanderung jener Krankheitserreger in die besagten Drüsen ohne bleibende Nachteile überstehen, wird in anderen Fällen ein die Entstehung von Lungentuberkulose begünstigender Körperbau, sowie die nach gewissen Kinderkrankheiten, wie Masern, Keuchhusten u. s. w. zurückbleibenden Schwächezustände, Veränderungen in der Lebensweise, welche die Ernährung ungünstig beeinflussen, kurz alle Momente, welche die Widerstandsfähigkeit des Organismus herabsetzen, — diese und andere ursächliche Einwirkungen werden dahin wirken, dass der zunächst nur auf die Hals- und Speicheldrüsen beschränkte, dort aber Jahre hindurch seine Lebensfähigkeit bewahrende Schwindsuchtskeim von jenen Drüsen aus sich weiter verbreitend lebenswichtige Organe befällt. Was letzteren Vorgang anlangt, so hat R. Koch schon vor Jahren darauf hingewiesen, dass die Lymphdrüsen nicht immer ein unübersteigliches Hinderniss für das weitere Vordringen der Bacillen darstellen. Dass letztere den Bahnen der Lymphgefässe im allgemeinen folgend in der Regel zunächst in die Lungenspitzen gelangen und dort die bekannten Erscheinungen des Lungenspitzenkatarrhs hervorrufen, wird uns nicht verwundern, wenn wir bedenken, dass einerseits die Lungen auf die sauerstoffbedürftigen Kleinlebewesen eine besondere Anziehungskraft ausüben und dass andererseits die wenig energische Atembewegung, wie sie gerade diesen Lungenpartieen eigentümlich ist, die Ansiedelung und Vermehrung des Schwindsuchtskeimes in den Lungen wesentlich begünstigt. Und selbst wenn, wie mit grosser Wahrscheinlichkeit angenommen werden muss, für das Auswandern der Tuberkelbacillen aus den Drüsen und die Ausbreitung jener winzigen Parasiten im menschlichen Körper ursächliche Momente mit in Betracht kommen sollten, über die wir zur Zeit noch nicht genügend unterrichtet sind, so bleibt doch immer die Thatsache bestehen, dass in einer sehr beträchtlichen Anzahl von Fällen die Drüsen den eigentlichen Ausgangspunkt der Erkrankung darstellen und dass die Drüseninfektion ihrerseits wiederum auf die im Vorhergehenden geschilderten Vorgänge des Kindesalters zurückzuführen sind.

Aus diesen Gelegenheitsursachen für die Entstehung der Tuberkulose im ersten und zweiten Lebensjahre ergeben sich gewisse Folgerungen von selbst. Abgesehen von den allgemein bekannten hygienischen Vorschriften sind es im wesentlichen zwei Forderungen,

welche erfüllt werden müssen, wenn man die als Ausgangspunkt für das spätere Umsichgreifen der Krankheit dienende Infektion der Drüsen beim Kinde verhindern will, nämlich 1., die unermüdliche Entfernung des reichlich abgesonderten Mund- und Nasenschleims, um alles Wundwerden möglichst zu vermeiden; 2., die Vorsichtsmassregel, dass das Kind mit den Händchen so wenig wie irgend möglich auf den Fussboden kommt, dass Alles, was am Fussboden gelegen hat, gereinigt wird, ehe es das Kind wieder zum Spielen erhält, dass beim Laufenlernen das Kind entweder geführt wird oder in geeigneten Stützapparaten steht, dass, wenn es einmal hingefallen ist, die Händchen sofort wieder abgewaschen werden und dass der Sinn für Reinhaltung der letzteren beim Kinde frühzeitig geweckt werden.

Ob nun zur Vermeidung der im Vorstehenden beregten Schädlichkeiten, wie Volland will, nach Art der Hebammenschulen und Krankenpflegerinnen die Ausbildung besonderer Kinderpflegerinnen und Kinderwärterinnen anzustreben ist, damit die Entstehung der Drüsenskrophulose (Eindringen der Tuberkel-Bacillen in die Hals- und Speicheldrüsen), aus der sich unter begünstigenden Umständen dann später die eigentliche Tuberkulose entwickelt, mit Sicherheit vermieden werden kann, lassen wir dahin gestellt. Wir müssen uns versagen, auf dieses Projekt der Errichtung jener Schulen für Kinderpflege weiter einzugehen und verweisen diejenigen, welche sich für den Gegenstand weiter interessieren, auf die von uns oben benannte Litteratur.

Referate.

Die Tuberkulose der platten Schädelknochen mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau. Von Alfred Feder. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 50. Band.)

Nach einem kurzen historischen Rückblick, in dem auf die noch ganz junge Erkenntnis der Schädeltuberkulose hingewiesen wird, giebt F. an der Hand von 108 aus der Litteratur gesammelter und 5 in der Breslauer Kinderklinik beobachteten Fällen ein Bild dieser Krankheit.

Aetiologisch spielt eine gewichtige Rolle die hareditäre Belastung. Häufig macht dann ein Kopftrauma die schlummernden Keime mobil. In der weitaus grossen Mehrzahl der Fälle findet sich die Krankheit mit Herden in anderen Körperteilen, sei es den Lungen, Lymphdrüsen oder anderen Skelettteilen vergesellschaftet. Nur selten ist sie an den Schädelknochen primär.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen gleichen denen an anderen Skelettteilen. Die Tuberkeln gehen vom Knochenmark in der Diploe, seltener vom Periost aus. Sie verbreiten sich im Knochenmark bis zu Markstückgrösse, verkäsen und ziehen dann im Bereich dieser Verkäsung Nekrose des Knochens nach sich. Die so gebildeten Sequester gehen meist durch die ganze Dicke des

Knochens. Sie unterscheiden sich scharf von den luetischen Sequestern. Während diese nämlich eine serpiginöse, häufig spiralige Begrenzung zeigen, elfenbeinhart und auffallend schwer sind, haben jene mehr rundliche Form, sind leicht und bestehen aus morschem, fast kreidigem Gewebe. Ein weiterer, durchgehender Unterschied besteht darin, dass nach Ablauf des tuberkulösen Prozesses der Defekt vom Periost aus durch neugebildetes Knochengewebe geschlossen werden kann, während die luetische Knochenlücke niemals ersetzt wird, vielmehr hier lediglich das Periost mit der Dura verwächst.

Der Lieblingssitz der Schädeltuberkulose sind die Höcker des Stirn- und Scheitelbeins, viel seltener wird die Schuppe des Schläfenbeins und das Hinterhauptsbein befallen. Das Krankheitsbild entwickelt sich typisch so, dass an irgend einer Stelle des Schädeldaches sich eine Geschwulst von prall elastischer Konsistenz bildet, die später in einen kalten Abscess übergeht. Die subjektiven Beschwerden bestehen meist in lokalen Kopfschmerzen, falls nicht etwa eine Eiteransammlung zwischen Dura und Schädeldach zu Hirndrucksymptomen führt. Dem Durchbruch des Abscesses folgt die Bildung einer ständig secernierenden Fistel, in deren Hintergrunde man den leicht zu entfernenden Sequester und hinter diesem die pulsierende Dura bemerkt. Seltener bleibt Abscess und Sequestrierung aus, man hat es dann nur mit einer oft sehr bedeutenden Knochenauftreibung zu thun.

Die Diagnose ist nicht immer leicht, weil der Tuberkelbazillus selten gefunden wird. Gestützt wird sie durch den typischen Sitz, das multiloculare Auftreten, den langsamen Verlauf mit Ausgang in Abscess. Heredität sowie anderweitige tuberkulöse Erkrankungen sind eine weitere Stütze. Wichtig ist es, Lues auszuschliessen. Sie verrät sich ausser durch die Hutchinson'sche Trias durch feine, strahlige Narben an den Lippen und am Anus. Eine unwirksame antiluetische Kur spricht für Tuberkulose.

Die Prognose ist für den lokalen Prozess im Allgemeinen recht günstig, wird aber durch das gleichzeitige Bestehen anderer tuberkulöser Erkrankungen meist getrübt, so dass die Sterblichkeitsziffer eine hohe ist.

Bezüglich der Therapie spielt das Alter des Pat. eine gewisse Rolle. Je jünger er ist, desto häufiger kommt es zu spontaner Heilung, so dass hier eine konservative Behandlung nach hygienisch diätetischen Grundsätzen am Platze ist. Die Operation ist indiziert, wenn bei älteren Individuen ein grösserer Abscess besteht, der jeder anderen Behandlung trotzt, oder wenn der Abscess bereits durchgebrochen ist. Unbedingt ist bei Hirndruck- oder Meningitiserscheinungen zu operieren. Freilich darf man nicht vergessen, dass bei blutiger Behandlung tuberkulöser Produkte erfahrungsgemäss die Gefahr einer Verallgemeinerung droht.

Friedmann-Beuthen O.-S.

Die Rolle der Bakterien bei der Gastroenteritis der Säuglinge.

Von A. B. Marfan. (Revue mens. des mal. de l'enf. 1899, Aug.-Nov,)

Verf. hat in dieser sehr ausführlichen Arbeit an Hand fast aller

diesen Gegenstand behandelnden Arbeiten und eigener Untersuchungen die bis jetzt erkannten Thatsachen und aufgestellten Theorien einer eingehenden Nachprüfung unterzogen. Diese ergiebt, dass die Infektion bei den Magendarmerkrankungen eine wichtige Rolle spielt, dass aber durch dieselbe nicht alle Erscheinungen zu erklären sind, sondern auch noch durch andere Faktoren hervorgerufen werden können und dass oft die Infektion nur sekundär hinzukommt. Man muss die durch die bakteriologische Untersuchung gewonnenen Resultate mit den klinischen und anatomischen Beobachtungen zusammenhalten und man sieht dann, dass sich die lokalen und allgemeinen Symptome bei den Magendarmerkrankungen auf 4 Elemente aufbauen:

1. Fehlerhafte Ernährungsweise.
2. Infektiosität des Darminhalts, welche entweder auf Virulentwerden der gewöhnlichen Darmbakterien (endogene Infektion) oder auf Eindringen pathogener Keime (ectogene Inf.) beruhen kann.
3. Toxicität des Magendarminhalts, welche ebenfalls entweder ectogenen Ursprungs oder endogen teils durch Bakterien oder durch Säuren, Indol, Scatol, Ammoniak etc. hervorgerufen sein kann.
4. Veränderungen der Schleimhaut, welche sich in Sekretionsstörungen, Störungen der Peristaltik, des Tonus und der Sensibilität äussern (Anorexie, Erbrechen, Diarrhöen, Meteorismus, Koliken etc.).

Diese 4 Elemente entwickeln sich eins nach dem andern und eins aus dem andern, in verschiedenstem Grade. Sie alle erzeugen das, was wir der Einfachheit halber „Gastro-Enteritis“ nennen. Je nach dem Vorherrschen der einen oder andern Entstehungsweise, kann man die einzelnen Formen nach ihrer Aetiologie klassifizieren. Also z. B. dyspeptische Gastroenteritis wird man sagen, wenn sich bei einem Kinde in Folge falscher Ernährungsweise eine Dyspepsie, aus dieser Störungen der Sekretion, der Peristaltik etc. entwickeln und nun durch Einwirkung vorhandener Bakterien die typischen Symptome auftreten. Ebenso lässt sich eine infektiöse, toxische und schliesslich sekundäre (bei den verschiedensten andern Erkrankungen z. B. Masern, Bronchopneumonie etc.) ableiten. Was die verschiedenen Unterabteilungen der Magendarmerkrankungen betrifft, die katarrhalische, follikuläre, akute oder chronische, so lässt sich zur Stunde behaupten, dass diese alle durch die nämliche Ursache, z. B. durch Streptococcen, hervorgerufen werden können. Der vorangehende Zustand des Darmkanals, die Bakterienflora, die Widerstandsfähigkeit des einzelnen Individuums wird auf die Wirkung dieser neuen Ursache einen bestimmenden Einfluss ausüben. Aus diesen Ueberlegungen lassen sich neue Bahnen für Prophylaxe und Therapie ableiten.

Behrens-Karlsruhe.

Ueber eine bisher nicht genügend beachtete Ursache hoher Säuglingssterblichkeit. (Vortr. geh. a. d. Naturf.- u. Aerztevers. zu München 1899.) Von Sonnenberger.

S. gelangt am Schlusse seines Vortrages zu folgendem Resumé: 1) Die bei künstlich ernährten Säuglingen vorkommenden Krankheiten der Verdauungsorgane — welche ca. 70 % aller bei derartig ernährten Kindern im 1. Lebensjahr auftretenden Erkrankungen ausmachen —,

insbesondere aber das unter den Namen „Cholera nostras“, „Gastroenteritis akuta“, „Brechdurchfall“ bekannte Symptomenbild, sind meist als Intoxikationen aufzufassen.

2) Diese Intoxikationen werden durch die eingeführte Nahrung bzw. die Milch verursacht, und zwar entstehen sie zum Teile durch Bakterien (Infektion, bakterielle Intoxikation), zum grossen Teile sind es aber rein chemische Intoxikationen (durch chemische Noxen verursachte Vergiftungen); auf letzteres Faktum habe ich schon vor ca. 10 Jahren — und zwar als Erster — eingehend hingewiesen; in Folge der damals herrschenden einseitigen bakteriologischen Strömung in der Pädiatrie und Hygiene konnte diese Ansicht aber keinen Boden gewinnen.

3) Die chemischen Intoxikationen als Ursache der Verdauungsstörungen künstlich ernährter Säuglinge kommen sehr häufig vor. Ihre Entstehungsweise basiert auf den Thatsachen, dass die Milch nicht allein ein Sekretions-, sondern auch ein Exkretionsprodukt der Milchdrüsen ist und dass die Herbivoren eine Reihe von Giften, insbesondere Alcaloide, in grosser Menge ertragen können, ohne zu erkranken, insbesondere zur Zeit der Lactation, da jene Gifte — Alcaloide, Glycoside, Amide, Enzyme und ähnliche, teilweise hochgradig giftige Stoffe, wie sie in einer grossen Zahl sehr gangbarer und viel gebräuchlicher Futterstoffe enthalten sind — zum Teile in und mit der Milch ausgeschieden werden.

4) Diese in der Milch oft enthaltenen sogen. Futtergifte verursachen in einer Reihe von Fällen den Symptomenkomplex von Reizung des Magendarmkanales oder rein toxischer Verdauungsstörungen (Erbrechen, Durchfall, Collaps), was besonders der Fall zu sein scheint, wenn es sich um kleinere Mengen der eingeführten Gifte handelt; in einer weiteren Reihe von Fällen treten aber auch die charakteristischen Symptome der einzelnen Gifte nebenher auf. Wir beobachten je nach der Art des eingeführten Giftes (Solanin, Saponin, Colchicin, Sinapin etc.) dann die verschiedenartigsten Symptome, z. B. Pupillenenge oder -Weite, verlangsamten oder beschleunigten Puls, Fieber, Anurie, Albuminurie, Konvulsionen, blutigen Stuhlgang etc.

5) Da eine nachträgliche Vernichtung der Alcaloide und anderer Gifte in der Milch durch Erhitzen, Sterilisieren etc. meist nicht möglich ist, indem eine grosse Anzahl derselben sich als äusserst widerstandsfähig gegen hohe Hitzegrade und sonstige äussere, die Bakterien sicher abtötende Einflüsse erwiesen haben, so müssen wir dafür sorgen, diese Gifte und ihre Erzeuger aus dem Futter des Milchviehes fernzuhalten.

6) Es dürfte sich daher empfehlen, dort, wo es sich um die Erzeugung von Kindermilch handelt, ganz bestimmte Normen für die Fütterung des betrffd. Viehes aufzustellen, die für die verschiedenen Gegenden verschieden sein müssen. Hier nach der Schablone „nur Trockenfütterung“ zu handeln, ist nicht korrekt. Allerdings ist die Grünfütterung in vielen Gegenden Deutschlands, wo Wiesen, Weiden und Kleeäcker immer mehr mit giftigen Unkräutern bewachsen werden, zu verwerfen (ebenso die Fütterung mit Kartoffelkraut, Reblaub etc.) Bei gutem, gleichmässigen Wiesenwuchs, wie dieser z. B. auf den

Schweizer Matten, in vielen Gegenden Norddeutschlands stattfindet, kann Grünfütterung gestattet werden. — Andrerseits ist nicht jedes Trockenfutter giftfrei, so z. B. mit Unkrautsamen durchsetzte Kleie, die technischen Rückstände der Zuckerfabrikation (Rübenschnitzel), der Branntweinbrennereien (die verschiedenen Schlempesorten) und der Oelfabrikation (Press-Oelkuchen), die unbedingt zu verwerfen sind. — Sehr gefährlich für die Milch ist auch die Verfütterung gekeimter (solaninhaltiger) Kartoffeln, von verregnetem, faulenden Grünfutter oder Heu etc. Die ideale Fütterung zum Zwecke der Kindermilchproduktion muss vor Augen haben: Fernhaltung aller Gifte und Producenten (unkrautsamenfreie Kleie, Schrot, gutes Gebirgs- und Wiesenheu!).

7) Zur Vermeidung der Entstehung der in Rede stehenden Erkrankungen des Säuglingsalters ist es auch von grosser Wichtigkeit, dass die Wiesen-, Weide- und Kleewirtschaft in vielen Gegenden Deutschlands rationeller betrieben werde. Die Ueberhandnahme der Verunkrautung muss — auch im eigensten Interesse der Landwirtschaft — energisch von letzterer bekämpft werden. — Ferner muss der Vertrieb der Handelsfuttermittel einer scharfen behördlichen Kontrolle unterstehen, insbesondere in Bezug auf Reinheit. (Mit Unkrautsamen verunreinigte Kleie etc.)

8) Die Therapie der chemischen Milchintoxikationen stimmt überein mit derjenigen der bakteriellen Milchintoxikationen und geht in beiden Fällen im Allgemeinen darauf aus, das eingedrungene Gift zu entfernen (Magen- und Darmspülungen, Calomel, das auch Darmdesinfiziens ist), ferner das Gift möglichst zu binden (Tannin und seine Präparate — welche insbesondere Alcaloide in unlösliche Verbindungen überführen —, z. B. Tannalbin, Tannigen, ferner tanninhaltige Genuss- und Nahrungsmittel, so schwarzer Thee, Eichelkaffee und Cacao, Milchsomatose, die sich auch als ein gutes Nährmittel dabei erwiesen hat). Entziehung der Milch — auch der Muttermilch — (als eines zu Zersetzungen leicht neigenden Materiales) auf eine Reihe von Stunden und bei schweren Fällen selbst Tagen. Symptomatische Behandlung der einzelnen Symptome, z. B. des Collapses, der Konvulsionen etc. Uebergangsernährung durch Kindermehle, Rahmgemenge etc. S.

Ueber Kindermilch. (Vortr. geh. a. d. Naturf.- u. Aerztevers. zu München 1899.) Von Sonnenberger.

Zum Schlusse seines Vortrages gelangt S. zu folgenden Schlusssätzen:

1) Die hohe Säuglingssterblichkeit in vielen Gegenden Deutschlands hängt — abgesehen von einer Reihe sekundärer, in sozialen und bevölkerungsstatistischen Faktoren liegender Verhältnisse — in erster Linie ab von der sehr verbreiteten Unsitte des Nichtstillens der Mütter, in zweiter Linie von der oft ausserordentlich schlechten Beschaffenheit der zu Zwecken der künstlichen Säuglingsernährung verwendeten Milch und Milchpräparate, sowie der sonstigen unzweckmässigen Ernährung der Säuglinge durch Kindermehle etc.

2) Es ist allerorten durch die dazu berufenen Organe (Aerzte, Volksbildungsvereine, Standesämter etc.) darauf hinzuwirken, dass das

deutsche Volk über diese Missstände aufgeklärt werde, insbesondere auch über das Faktum, dass zur künstlichen Säuglingsernährung nur ein ganz besonders gut beschaffenes, mit der peinlichsten Vorsicht und Umsicht produciertes und behandeltes Urprodukt — „Kindermilch“ im strengsten Sinn des Wortes — zu verwenden ist und dass die Sterilisierung nicht im Stande ist, ein schlechtes Urprodukt wieder gut zu machen. — Der neugegründete „Deutsche Verein für Volkshygiene“ und der „Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege“ sind dazu berufen und verpflichtet, die Kindermilchfrage auf ihr Programm zu setzen.

3) Der Begriff „Kindermilch“ muss von ärztlicher Seite auf's Genaueste definiert werden, was nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft wohl möglich ist. Eine Klärung dieses Begriffes ist um so erforderlicher, als dadurch Behörden und Gerichte Anhaltspunkte zu ihrem Verhalten in der Frage der Kindermilch erhalten.

4) Es ist Pflicht der einzelnen Kommunen, ihrer Bevölkerung zu Zwecken der künstl. Säuglingsernährung für die Beschaffung richtiger Kindermilch zu sorgen. Entweder sollen die Kommunen derartige Milch produzierende und verschleissende Anstalten in eigene Regie übernehmen, oder sie sollen mit Mitteln jeder Art die Errichtung von derartigen Mustermilchwirtschaften, die unter dauernder unbezahlter Kontrolle (nicht blos des Produktes, sondern namentlich auch der Produktion) stehen müssen, fördern und ihren Weiterbestand sichern. Minderbemittelten muss diese Milch zum Zwecke der künstlichen Säuglingsernährung zu einem für sie erschwinglichen Preise, Armen muss sie zu diesem Behufe aus Mitteln der öffentlichen Armenfonds und von Wohlthätigkeitsvereinen gratis zur Verfügung gestellt werden.

5) Bestimmungen über den Verkehr mit Milch, wie solche jetzt vielfach von den Polizeibehörden erlassen werden, müssen Paragraphen über die Produktion und den Verschleiss von Kindermilch enthalten

6) Die Rechtsprechung hat sich in Zukunft nicht allein mit den sogen. Milchfälschungen zu befassen, sondern sie hat auch den Schutz der künstlich ernährten Säuglinge in's Auge zu fassen resp. darüber zu wachen, dass die Milch, welche unter der Bezeichnung „Kinder- oder Kurmilch“ verkauft wird, auch wirklich den Anforderungen, welche die neueren hygienischen Anschauungen an ein solches Produkt stellen, vollkommen genügt. (Urt. d. Reichsger. v. 21. April 1898),

7) Es ist dahin zu streben, dass diese Materie reichsgesetzlich. etwa durch eine Ergänzung zum Nahrungsmittelgesetz, geregelt werde)

8) Es ist als sicher anzunehmen, dass, wenn die sub 2) bis 7, benannten Massregeln zur allgemeinen Durchführung gelangen werden, ein erhebliches Herabgehen der in vielen Gegenden Deutschlands so beschämend hohen Säuglingssterblichkeit stattfinden wird. S.

Ueber die spastischen infantilen Paralysen und die mit ihnen verwandten Erkrankungen. Von Haskovec. (Wiener medizinische Blätter, Nr. 40 1899.)

Die Charakteristika der spastischen infantilen Paralysen sind: Erhöhung des Muskeltonus bis zur Rigidität der gelähmten Muskulatur, Tendenz zu Kontrakturen, besonders an den unteren Extremitäten

und gesteigerte Sehnenreflexe. Die Kontrakturen führen zu Deformitäten und zu fibrotendinösen Retraktionen, wobei freilich dann die Sehnenreflexe nicht gesteigert sind. Bei erworbenen Paralysen dieser Art gehen ihnen zuvor oder begleiten sie Coma und Konvulsionen, die sich häufig wiederholen oder in eine wirkliche Epilepsie übergehen können. Bei akuten Fällen gehen allgemeine Symptome, Delirien und Erbrechen vorher. In kongenitalen Fällen ist die Wiederherstellung der paralytischen Erscheinungen eine häufigere und mächtigere, Facialisparesen verschwinden manchmal spurlos. Der Charakter ist moros und reizbar. Die Intelligenz und Sprache zeigen alle Uebergänge von völliger Intaktheit bis zur Idiotie, Dysphonie und Aphasie, letztere verschwindet oft völlig. Keine oder geringe Gefühlsstörungen, die elektrische Erregbarkeit der Muskulatur ist normal. Sehr selten ist Atrophie, manchmal sogar Hypertrophie der gelähmten Muskeln vorhanden; die Sphinkteren sind normal, keine trophischen, häufig aber vasomotorische Hautanomalien, häufig sind auch Schädelanomalien (Mikro-, Lepto-, Makrocephalie, Asymmetrie) vorhanden. — Häufig treten auch Komplikationen der Paralyse durch Athetose, ein- oder beiderseitige Chorea, Ataxie oder Mitbewegungen, welche Komplikationen oft vollständig das klinische Bild beherrschen. — Die spastisch paretischen Symptome zeigen einen mono-, hemi- oder paraplegischen Charakter oder sie betreffen nur die oberen und unteren Extremitäten. Häufig beherrscht die Epilepsie oder Idiotie das ganze Bild, auch das Bild der pseudobulbären Paralyse wurde beobachtet. In der Aetiologie der intrauterin entstandenen Paralysen sind das Trauma und schwere Erkrankungen der Mutter von grosser Wichtigkeit. Die Geburtsparalysen erklärt man durch Gehirnhämorrhagien mit Heranziehung einer eventuellen prodromalen Erkrankung oder Disposition der Frucht. Die erworbenen Paralysen entstehen am häufigsten nach Infektionskrankheiten und nach Trauma. Als weitere ätiologische Momente führt Haskovac an: Heredität, Blutsverwandtschaft der Eltern, Syphilis, neuropathische Belastung. Die anatomische Grundlage der Krankheit ist die Laesion der motorischen corticospinalen Bahn, Laesion der Rinde der Ganglien und der weissen Gehirnmasse (Erweichung, Cysten, Induration, Porencephalie, Hydrocephalus, Atrophie, Sklerose). Die anfänglichen Läsionen beruhen auf Haemorrhagien des Gehirnes und der Meningen, Embolien, Thrombosen, Encephalitis und Meningoencephalitis. Auch im Rückenmarke kann die Laesion sitzen. Die Prognose quoad vitam ist nicht schlimm; auch quoad sanationem manchmal günstig, verschiedene Formen spinalen Ursprunges haben schlimmere Prognosen. Zur Behandlung werden empfohlen: Prophylaxis, Gymnastik, Elektrotherapie, Massage, passive Bewegungen, symptomatische Therapie (Tonica, Antiluetica) Brom, chirurgische Behandlung der Deformitäten, Trepanation, psychische Therapie und pädagogische Erziehung. Goldbaum-Wien.

Ueber die Behandlung der Purpura haemorrhagica mit Gelatineserum. Von Constinesco (Journ. de méd. intern. No. 16, 1899).

Constinesco teilt 7 Fälle von Purpura haemorrhagica mit, welche

er mit Gelatineserum behandelt hat. Die 7 Fälle betrafen zumeist Kinder von 6—14 Jahren. Bei sämtlichen Kindern genügten eine einzige, selten zwei Injektionen, um alle Erscheinungen, darunter auch sehr schwere, welche durch die multiplen Blutungen bedingt waren, zum Rückgange zu bringen. Das 2 % Gelatineserum wurde je nach dem Alter des Patienten in Mengen von 40—200 cm^3 eingespritzt. Die Injektionen wurden stets ins Zellgewebe des Abdomens gemacht, sie sind schmerzhafter als gewöhnliche Seruminjektionen. Die Resorption geschieht nach einer Stunde, spätestens nach drei Stunden. Nie wurde auch nur die geringste Temperatursteigerung nach den Injektionen beobachtet. Bemerkenswert ist, dass sämtliche Kranke am Tage nach der Injektion das Bett verlassen konnten, ohne neue Nachschübe zu bekommen. Drei der beobachteten Fälle wurden noch nach Monaten verifiziert, die andern erschienen nicht wieder, trotzdem sie aufgefordert wurden, beim ersten Auftreten neuer Blutungen wiederzukommen. Auch bei starken Nasenblutungen war die subkutane Gelatineinjektion stets von Erfolg begleitet. Die Wirkung der Gelatine bei purpura haemorrhagica erklärt sich dadurch, dass einerseits der Blutkuchen weniger retraktil ist wie normal, andrerseits eine Gefässerweiterung infolge der Einwirkung der Toxine auf das Nervensystem vorhanden ist. Durch die Gelatine wird die Gerinnbarkeit des Blutes gesteigert, dadurch hören die Blutungen auf, welche durch die Gefässerweiterung allein nicht hervorgerufen werden könnten.

Goldbaum-Wien.

Die Prophylaxe der Pertussis, mit besonderer Rücksicht auf die Verbreitung der Tuberkulose. Von I. Bókay. (Gyermekgyógyástat 1899, No. 3.)

Schon seit lange ist es bekannt, dass zwischen Pertussis und Tuberkulose ein gewisser Nexus besteht; trotzdem wird dieser verderblichen Kinderkrankheit weder von der Bevölkerung, noch von den Behörden ein richtiges Verständnis entgegengebracht. Die Disposition für Keuchhusten ist im Kindesalter sehr ausgeprägt, ihre Morbiditätsziffer erreicht mit Ausbruch einer Epidemie aussergewöhnliche Höhen; in Budapest waren in den Jahren 1877 und 1889 die Seuchen so schwer, dass von 8184, beziehungsweise 14 849 ambulanten Kranken des Stefanie-Kinderspitals 485, beziehungsweise 572 an Keuchhusten gelitten, eine Zahl, welche in den letztverflossenen 60 Jahren im Kinderspital bei keiner anderen Infektionskrankheit nachweisbar gewesen. Die Durchschnittsmortalität der Pertussis erreicht nach Aussage der Autoren 9,5 %, doch wird sie durch Komplikationen und Nachkrankheiten um Vieles erhöht. Aus den neuesten statistischen Zusammenstellungen ist ersichtlich, dass in Paris von 1880—1893 6074 Kinder an Pertussis gestorben, und Johnston erwähnt, dass in den vereinigten Staaten Nordamerika's in zehn Jahren 100 000 Kinder an Keuchhusten zu Grunde gingen. Das Gefährliche an der Pertussis ist, dass sie in den gesunden Respirationsorganen krankhafte Veränderungen hervorrufen kann, in den schon früher erkrankten die akutesten Erscheinungen, welche sehr oft einen deletären Ausgang nehmen. Die entzündlichen Veränderungen der Bronchialdrüsen, wie

sie der Pertussis eigen zu sein pflegen, geben durch ihre käsige Degeneration den ersten Anstoss zur Entstehung von Bronchopneumonien, Basilarmeningitiden und von akuter Miliartuberkulose. —

Die Prophylaxe kann eine ideale genannt werden, sobald es gelingt, die erkrankten Kinder von den gesunden ganz abzusondern und nachdem die Pertussis zumeist Kinder zarten Alters befällt, sind Spielplätze und Kleinkinder-Bewahranstalten strengstens zu überwachen. — Schwach entwickelte oder an irgend einer Respirationskrankheit leidende Kinder müssen bei Ausbruch einer Epidemie allsogleich an einen anderen, noch infektionsfreien Ort gebracht werden und ist in einer Familie der Pertussis ausgebrochen, müssen die gesunden Kinder in ein anderes Haus geschickt werden, wo sie verbleiben, bis die Krankheit ganz erloschen ist. Zur Aufnahme der Sputa sind besondere Spucknäpfe zu verwenden; sobald in einer Schule 10 % der Schüler erkranken, sind die Schulen sofort zu schliessen. — B. ist für die Errichtung von Spitälern für arme Pertussiskranke und favorisiert diesbezüglich Comby's Vorschläge, bei Tag möchten die Kranken in anderen Räumen sich aufhalten als nachts, den grössten Teil des Tages aber im Freien sein („cure d'air!"). — Die Zimmer sollen nur 3—4 Kindern zum Aufenthalt dienen, für jeden Kranken 50 cbm Luft. —

B. ist nicht für den Klimawechsel der Kranken; der Nutzen, den derselbe bringt, steht in gar keinem Verhältnis zum Schaden, der durch die Durchseuchung eines keuchhustenfreien Ortes entstehen kann. Die Wohnungen der in das Spital überführten Kranken sind behördlich zu desinfizieren. —

L. Bruck, Budapest.

Gesundheitspflege.

Ueber Einführung einer rationellen Schulreform und Unterrichtshygiene wurden auf der Naturforscher- u. Aerztevers. zu München 1899 in einer vereinigten Sitzung der Abteilungen für mathematischen und naturwissenschaftlichen Unterricht, für Hygiene und Kinderheilkunde folgende Beschlüsse gefasst:

1. Für den höheren Schulunterricht kann die Naturwissenschaft ebenso geeignete Grundlagen bieten, wie die sprachlich historischen Fächer. Für die Gegenwart ist anzustreben die Vollberechtigung aller neunklassigen höheren Schulen. 2. Zur Beseitigung der immer noch in weitem Umfang und zum Teil sogar in hohem Grade bestehenden Ueberbürdung, sowie zur Vermeidung gesundheitlicher Schädigungen der Schüler sind folgende Massnahmen zu treffen: a) Beschränkung und Vereinfachung des Unterrichtsstoffes, soweit es den Unterrichtszielen entspricht, b) Beschränkung der häuslichen schriftlichen Arbeiten und des Memorirstoffes, sowie Eindämmung der vielfach noch herrschenden Neigung zum Verbalismus, c) Fortfall des wissenschaftlichen Nachmittagsunterrichts, d) Festsetzung der Zahl der wissenschaftlichen Unterrichtsstunden auf 24 wöchentlich im Maximum, e) Einführung von 10- bis 15minutigen Pausen nach jeder Unterrichtsstunde in freien

Räumen, f) Abschaffung aller Uebergangs- und Versetzungsprüfungen, insbesondere auch der sogenannten Abschlussprüfung zur Erlangung des Befähigungsscheines zum Einjährig-Freiwilligen Dienst, g) Erleichterung der Abiturientenprüfung durch Fortfall der mündlichen Prüfung für den Fall, dass die Jahresleistungen und der Ausfall der schriftlichen Prüfung zufriedenstellend waren, h) die gymnastischen Uebungen sollen niemals zwischen wissenschaftlichen Lehrstunden liegen. 3. Zur Beseitigung der ebenfalls in ausgedehntem Masse bestehenden Ueberbürdung der Lehrer muss ausserdem noch: a) die Normalzahl ihrer wöchentlichen Unterrichtsstunden je nach dem Alter auf höchstens 16 bis 18 festgesetzt werden, b) die Normal- und Maximalzahlen der Schüler einer Klasse in folgender Weise geregelt werden, mit der Bestimmung, dass bei Ueberschreitung der Normalzahl die Klasse geteilt werden kann, bei Ueberschreitung der Maximalzahl geteilt werden muss: Untere Klassen 30 bis 40, mittlere 25 bis 30, obere Klassen 20 bis 25, c) verboten werden, dass die Abiturientenprüfung der Schüler zugleich als eine Gelegenheit zur Prüfung der Leistungen der betr. Lehrer oder gar der Anstalt als solcher betrachtet wird, d) müssen die akademisch gebildeten Lehrer an den höheren Schulen dem Einkommen, Rang, den allgemeinen Beförderungsverhältnissen und der Art der Titelbezeichnung nach mit den Richtern und Verwaltungsbeamten auf gleiche Stufe gestellt werden. 4. Zweckmässig erscheint es ferner: a) das Schuljahr soll nach Schluss der grossen Ferien beginnen, b) die Ferien so zu ordnen, dass in der heissen Zeit (Juli-September) eine längere ununterbrochene Ferienzeit (etwa zwei Monate) besteht, c) die sogenannten Vorschulklassen an den höheren Schulen sämtlich abzuschaffen, d) elementaren Unterricht in der Hygiene bei Lehrern und Schülern einzuführen, e) zur Erteilung dieses Unterrichts sowie zur gesundheitlichen Ueberwachung der Schule und Schüler an den höheren Lehranstalten Schulärzte anzustellen, f) mehr als bisher die akademisch gebildeten Lehrer zu leitenden Stellen in der höheren Unterrichtsverwaltung zu berufen.

Ferner wird die deutsche Staatsregierung ersucht, jährliche statistische Erhebungen über den Gesundheitszustand von Lehrern und Schülern anzustellen. Für die Gründung eines allgemeinen deutschen Vereins für Schulhygiene im Anschluss an den Verein für Volkshygiene in Berlin wurde eine vorbereitende Kommission gewählt, bestehend aus den Herren: Griesbach, Cohn, Recknagel, Kormann, Kerschensteiner, Herberich und Weyl.

Rezensionen.

Leitfaden der Schulhygiene. Von Dr. Ernst Nitzelnadel Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1899.

Das Büchelchen ist eigentlich mehr für Lehrer und Seminaristen bestimmt, wird aber auch dem Arzt, der sich für Schulhygiene interessiert, sehr angenehm sein, indem der Verf. darin in knapper Weise das Wichtigste aus dem Gebiete der Schulhygiene aus dem grösseren

Werk über Schulgesundheitspflege von Burgerstein und Netolitzky, Eulenburg und Bach, Baginsky zusammenstellt und klar vorträgt.

S.

Die Hygiene des Ohres. Von Prof. Dr. O. Körner. Wiesbaden J. F. Bergmann, 1898. Preis 60 Pfg.

Das populär geschriebene Büchelchen darf dem Laien auf's Angelegentlichste von dem Arzte anempfohlen werden. Aber auch diese werden manche neuen ihnen bisher unbekannte Anschauungen darin vorfinden.

S.

Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Von Prof. Dr. A. Baginsky. VI. vielf. vermehrte und verbesserte Auflage; zweite (Schluss)-Abtheilung. Braunschweig, Fr. Wreden, 1899. Ges.-Preis 20 M.

Diese zweite Abteilung ist der ersten, bereits besprochenen, bald nachgefolgt. Sie enthält die Beendigung der sehr ausführlich abgehandelten Krankheiten des Nervensystems — (Schluss der Kr. des Gehirus; Kr. des Rückenmarks; funktionelle Nervenkr.; psychische Störungen; progressive Muskelatrophien); sodann Kr. der Respirationsorgane (Kr. der Nase; Kr. des Kehlkopfs; Kr. der Trachea und der Bronchien; Kr. der Lungen); hiernach Kr. des Circulationsapparates (Kr. des Herzbeutels; Kr. des Herzens); hiernach Kr. der Verdauungsorgane (Kr. des Mundes; Kr. der Zunge; Caries der Zähne; Kr. des Pharynx; Kr. der Oesophagus); weiter die Magen-Darm-Krankheiten (Einleitung; Kr. des Magens; Kr. des Darmkanales; funktionelle Magen-Darmkrankheiten; Kr. des Bauchfells; Kr. der Leber, Kr. der Gallenblase und der Gallenwege; Kr. der Milz; Kr. des Pancreas; Vergrösserung und Geschwülste der abdominalen Lymphdrüsen; Unterleibsbrüche); sodann Kr. des Urogenitalapparates (Kr. der Nebennieren; Kr. der Nieren, Kr. der Harnblase; Kr. der männlichen Sexualorgane; Kr. der weiblichen Sexualorgane); sodann Krankheiten der Sinnesorgane (Erkrankungen der Augen; Erkr. des Ohres); weiter Kr. der Haut (einf. entzündliche Kr. der Haut; Erkr. der Epidermis; Erkr. der Drüsen der Haut; Pigmentanomalien der Haut; Anomalien der Blutgefässe der Haut; mykotische Prozesse der Haut); den Schluss bilden die Kr. der Wirbelsäule (Verkrümmungen der W.) Als Anhang folgt I. Dosierung der gebräuchlichsten Arzneimittel für das Kindesalter; II. die gebräuchlichsten Arzneiformeln für das Kindesalter. Zuletzt Sach- und Namensregister.

Aus dieser Inhaltsübersicht kann man die Vollständigkeit des Werkes ersehen. Von den Krankheiten der Sinnesorgane sind nicht alle bei Kindern vorkommenden Erkrankungen der Augen und Ohren abgehandelt, sondern nur solche, welche entweder die hauptsächlichsten innern Krankheiten des kindlichen Alters komplizieren oder selbst mit schweren Störungen des Allgemeinbefindens verlaufen. Ebenso sind nur die wichtigsten, im kindlichen Alter vorkommenden Hautkrankheiten berücksichtigt. Wegen der übrigen Anomalien wird auf die Spezial-Handbücher verwiesen. Die Krankheiten der Wirbelsäule, welche vielleicht besser und erschöpfender in den chirurgischen und

orthopädischen Lehrbüchern abgehandelt werden, sind berücksichtigt weil sie zu den innern Erkrankungen des Kindes in mannigfacher Beziehung stehen.

Auffallend ist, dass die Krankheiten des Bauchfells, der Leber, der Gallenblase und der Gallenwege, der Milz, des Pankreas, der abdominalen Drüsen, ja sogar die Hernien als Magen-Darmkrankheiten aufgeführt sind, während sie doch höchstens den Krankheiten der Verdauungsorgane zugezählt werden könnten; noch besser würden die Krankheiten des Bauchfells und mit ihnen die Hernien abgetrennt.

Betreffs der Therapie sagt Verf. in der Vorrede, dass er, je grösser der Kreis seiner Beobachtungen wurde, desto mehr einsehen gelernt habe, mit wie einfachen Mitteln, wenn anders die hygienischen und diätetischen Verhältnisse richtig gestaltet werden, am Krankenbette des Kindes gute Heilerfolge zu erzielen sind. Der Kinderarzt wird dem Verf. darin völlig beipflichten und den Wunsch, äussern, dass diese Anschauung Allgemeingut der Aerzte werde; andrerseits ist hervorzuheben, das „die richtige Gestaltung der hygienischen und diätetischen Verhältnisse“ in der Praxis oft auf unüberwindliche Schwierigkeiten stösst.

Köppen-Norden.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Zur Diphtheriestatistik. Von W. Feilchenfeld. Aus den Mortalitätsziffern für Diphtherie und Croup, welche die Veröffentlichungen des Charlottenburger statistischen Amtes geben, zieht Verf. den Schluss, dass die Epidemie unabhängig von der Therapie ihren Weg geht. Die Zahlen wiesen von 1887 zu 1888 einen jähen Absturz, von da bis 1893 ein langsames, stetiges Ansteigen, 1894 einen erneuten Abfall und dann wieder ein allmähliches Ansteigen auf und zwar nicht wesentlich anders als Ende der 80er Jahre trotz ausgiebiger Benutzung des Serum. Ein klares Bild über den Gang der Epidemie freilich kann nur die Gegenüberstellung der Erkrankungs- und Todesziffer gewähren und nicht bloss aus der Statistik der Krankenhäuser, sondern aus der Praxis aller Aerzte eines Bezirkes nach bestimmtem einheitlichen Schema zusammengestellt. In Charlottenburg hat in den letzten Jahren die Epidemie einen entschieden leichteren Charakter gezeigt, als im Anfang des Jahrzehnts; nur in der jüngsten Zeit scheint er schwerer geworden zu sein. (Therap. Monatsh. 99.)

v. Boltenstern (Bremen).

— Ueber „die Stellung des Kalks in der Pathologie der Rachitis“ handelt ein Aufsatz von Stoeltzner. S. widerlegt die als Basis fast aller bisher aufgestellten Theorien geltende Annahme, dass das Knochengewebe aus dem Grunde unverkalkt bleibe, weil ihm der Kalk nicht in genügender Menge oder nicht in geeigneter Form dar-

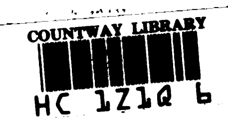
geboten werde. Eigene und anderer Forscher Versuche haben dargethan, dass weder ein zu geringer Gehalt der Gewebsflüssigkeit an Erden, noch etwa eine krankhafte, die Abgabe des Kalks an den Knochen hemmende Beschaffenheit der Gewebsflüssigkeit angeschuldigt werden kann. Dass auch die Annahme einer Störung der Kalkresorption nicht standhält, geht aus den Arbeiten von Rey und Rüdel mit grosser Wahrscheinlichkeit hervor. Auch von pathologischer, schneller Wiederausscheidung des Kalks kann nicht die Rede sein. Es bleibt also nichts anderes übrig, als das Ausbleiben der Verkalkung bei der Rachitis auf einen pathologischen Zustand des Knochengewebes selbst zurückzuführen. Nach dieser Richtung hin werden sich die Forschungen der Zukunft über die Entstehung der Rachitis zu bewegen haben (Jahrb. f. Kinderheilk. 50. Bd.). Friedmann-Beuthen O.-S.

Kleine Mitteilungen.

— Der zum Preise von 2 Mark durch H. Meyer's Buchdruckerei zu Halberstadt zu beziehende Schreibtisch-Wochen-Kalender für Aerzte auf das Jahr 1900 ist recht empfehlenswert wegen seiner praktischen Einrichtung einerseits — die 52 Blätter dienen als Unterlage für die Herstellung der Besuchs- und Geschäftsliste des kommenden Tages —, andererseits wegen derjenigen mannigfaltigen ihm beigegebenen Hilfstabellen und Zusammenstellungen, die zum Nachschlagen bei den schriftlichen Arbeiten und in der Sprechstunde gebraucht werden (wir nennen u. A. Verzeichnis neuerer Heilmittel, Symptome und Behandlung akuter Vergiftungen, Gebührenordnung für preussische Aerzte von 1896.).

— Plasmon (Siebold's Milcheiweiss) ist ein von Siebold's Nahrungsmittel-Gesellschaft in Berlin hergestelltes neues Caseïnpräparat. Es wird aus frischer Kuhmilch, die unter allen Kautelen moderner Molkereiwirtschaft gewonnen wird, hergestellt, in der die pathogenen Keime durch Erhitzen abgetötet sind. Es bildet ein leicht und vollkommen lösliches, völlig geschmack- und geruchfreies Pulver, das den verschiedensten Speisen und Getränken mit grösster Bequemlichkeit zugesetzt werden kann. Es lassen sich dadurch ohne Wissen des Patienten grosse Dosen P., tgl. bis zu 250 g, Wochen und Monate lang verabreichen, ohne dass irgend welche Belästigung oder Widerwille dagegen bemerkbar wird. Die gutachtlichen Aeusserungen (von Prof. Praussnitz, Prof. Fürbringer, Prof. Alb. Fränkel, Pr.-Doc. Dr. Albu etc.) sprechen sich über Nährwert und Bekömmlichkeit des P. sehr günstig aus. Der Preis ist per kg 5 Mark 25 Pf. und ist derselbe anderen eiweisshaltigen Präparaten und Nahrungsmitteln gegenüber ein niedriger zu nennen.

Verlag des „Reichs-Medizinal-Anzeigers“ B. Konegen, Leipzig.
Druck von Emil Goldammer, Königsbrück i. S.


COUNTWAY LIBRARY
HC 1Z1Q 6